

**Dermatoneurosen,
psychisch bedingte Hautreaktionen
und Dermatosen**

(Im englischen Schrifttum)

Otto-Arthur Gelbart

Druck: Anneliese Schubert, München 5, Corneliusstraße 21, Telefon 21777

AUS DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Professor Dr. A. MARCHIONINI

DERMATONEUROSEN, PSYCHISCH BEDINGTE HAUTREAKTIONEN
UND DERMATOSEN (IM ENGLISCHEN SCHRIFTTUM)

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Otto-Arthur Gelbart
aus New York

München 1959



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Privat-Dozent Dr. Dr. S. BORELLI
Mitberichterstatter: Professor Dr. A. MARCHIONINI
Dekan: Professor Dr. K. KOLLE

Tag der mündlichen Prüfung: **16. JULI 1959**

MEINEN LIEBEN ELTERN

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	7
I. PSYCHONEUROSEN	11
A. Echte Dermatoneurosen	
1. Selbst hervorgerufene Laesionen an der Haut	
a) Dermatitis artefacta	
b) Neurotische Excoriationen	14
2. Haut- und Schleimhautveränderungen durch Zwangsbewegungen	18
3. Trichotillomanie, Onychotillomanie	19
4. Dermatozoenwahn oder Akarophobie	21
5. Stigmata der Kruzifikation und Umwandlungshysterie	25
B. Phobien	28
1. Kanzerophobie	30
2. Syphilophobie	31
3. Bakteriophobie	32
4. Bromidrosiphobie	32
II. PSYCHISCH BEDINGTE REAKTIONEN AUS DEM PATHOPHYSIOLOGISCHEN BEREICH	
1. Abnormes Erröten	32
2. Hyperhidrosis	34
3. Bromoidrosis	36
III. DERMATOLESEN, BEI DENEN PSYCHISCHE FAKTOREN GEWÖHNLICH EINE BEDEUTENDE ROLLE SPIELEN	
1. Pruritus	36
2. Neurodermitis	39
3. Urticaria	51

4. Rosacea	59
5.. Lichen ruber planus	62
6. Alopecia areata	66

ZUSAMMENFASSUNG	71
-----------------	----

BIBLIOGRAPHIE	75
---------------	----

EINLEITUNG

Die Mehrheit der Autoren, die sich mit psychosomatischen Krankheiten in der Dermatologie beschäftigt haben, ist der Meinung, dass bei einem Drittel aller ihrer Patienten psychische bzw. seelische Ursachen vorliegen, ein weiteres Drittel der Krankheiten sei physischer bzw. organischer Natur, doch sehr beeinflusst von seelischen Faktoren; bei dem letzten Drittel seien psychische Einflüsse von geringerer Bedeutung oder überhaupt bedeutungslos, obwohl sie sich sekundär entwickeln können. Es gibt aber heute keinen Zweifel, dass bei allen Krankheiten - nicht nur bei den dermatologischen - die Psyche irgend eine Rolle spielt. Allerdings sind sich die Dermatologen der angelsächsischen Länder nicht immer einig, wieviel Einfluss die Psyche auf eine Hautkrankheit ausübt. Die Auseinandersetzung geht um die Frage der Quantität und nicht der Qualität. Da man die Psyche weder messen noch wägen kann, ist die Problematik der Situation verständlich.

Entsprechend haben LEWIS und CORMIA die verschiedenen Hautkrankheiten eingeteilt wie folgt:

- A. Dermatosen, die immer psychische Ursachen haben:
Dermatitis artefacta (factitia), Neurotische Excoriationen, Trichotillomanie, Acarophobie
- B. Dermatosen, die immer psychische und noch andere Ursachen haben:
Lichen simplex chronicus, akute Neurodermitis.
- C. Dermatosen, die öfter, aber nicht immer psychischer Natur sind:
Pruritus, Alopecia areata, Urticaria, Hyperhidrosis, Dyshidrosis, Glossodynie ("brennende Zunge").
- D. Dermatosen, welche sowohl psychischen als auch organischen Ursprungs sind:
Neurodermitis (Endogenes Ekzem), Rosacea, Kontaktdermatitis, Dermatitis medicamentosa.
- E. Dermatosen, welche durch psychische Faktoren beeinflusst werden können:
z.B. Seborrhoische Dermatitis, Pityriasis rosea, Psoriasis vulg.

Es ist nicht nur schwierig, die psychische Bedingtheit von Dermatosen zu klassifizieren, sondern auch ihre Therapie ist sehr schwer.

Nennenswert scheint ferner eine andere Einteilung der Dermatosen vom Standpunkt der Therapie aus (WRIGHT):

A. Dermatosen rein psychischer Ursache:

Dermatozoenwahn (Wahnvorstellung der Parasiteninfektion),
Phobien, neurotische Excoriationen.

B. Dermatosen, bei denen psychische Faktoren überwiegen:

Dermatitis artefacta, Pruritus, Neurodermitis, Trichotillomanie,
Hyperhidrosis, Urticaria, Pompholyx, Rosacea.

C. Dermatosen mit psychischen plus somatischen Faktoren:

Lichen planus, seborrhoisches Ekzem, Psoriasis, Alopecia, Vitiligo.

D. Dermatosen, bei denen psychische Faktoren fraglich sind:

Canities, Akne vulgaris, Herpes zoster oder simplex, Warzen.

Die Krankheiten, deren Ursache rein psychisch ist, bedürfen gewöhnlich psychiatrischer Behandlung, wenn die Diagnose sicher festgestellt worden ist (WRIGHT). Alle anderen Dermatosen bedürfen dermatologischer Behandlung. Aber auch hier wäre die Hilfe eines Psychiaters wünschenswert.

KLAUDER (1936) gibt wieder eine andere Klassifikation. Nach ihm sind die folgenden Erkrankungen psychogener Genese: Erröten, Blasswerden (Palor), Cutis anserina, Änderung der Schweissabsonderung, Dermographismus, Ekzeme, akute und chronische Urticaria, Ödem (angioneurotisches und hysterisches), Pruritus (lokaler und allgemeiner), Neurotische Excoriationen, Dermatitis artefacta, Glossodynie, Phobien, Trichotillomanie, Tätowierungen, Stigmatisation.

KLAUDER glaubt, dass auch folgende Hautkrankheiten psychische Komponenten in ihrer Ätiologie aufweisen: Hysterische Gangrän, Pemphigus hystericus, Herpes zoster, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis Duhring, Lichen ruber planus und Neurodermitis.

SULZBERGER und BEAR geben eine weitere Einteilung in drei Tabellen (hier etwas abgekürzt):

A. Psychische Reaktionen der Haut, deren psychische bzw. seelische Natur nachgewiesen ist:

Erröten (Vasodilatation), Blasswerden, übermässige Schweissabsonderung, Gänsehaut (Kontraktion der MM. arrectores pilorum), Gefühl der Hitze, der Kälte, des Schmerzes, die Talgsekretion.

- B. Hautkrankheiten und Reaktionen, bei denen psychische und emotionelle Einflüsse einen unmittelbaren, schnellen, grossen und zweifellosen Effekt haben:

Dermatozooenwahn, Neurotische Excoriation, Trichotillomanie, Excoriationen bei Akne vulgaris, Dermatitis artefacta, Glossodynie, Kanцерophobie, Syphilidophobie, Juckreiz und Kratzen, Vergrösserung oder Verminderung der Hautsensibilität, hypo-, hyper- oder anhidrotische Zustände, cholinergisches Kratzen und Urticaria, Herpes simplex, Verrucae planae, vulgares und Condylomata acuminata.

- C. Verschiedene Hautkrankheiten, Laesionen und Reaktionen, bei denen psychische Einflüsse keinen unmittelbaren zweifellosen Effekt aufweisen:

- I. Krankheiten wie Lichen planus, Ekzem (alle Formen), Lichen chronicus simplex, Urticaria, Neurodermitis, Herpes zoster, Alopecia totalis, Pigmentation, Seborrhoe, Psoriasis, Akne vulgaris, Akne varioliformis, Rosacea.
- II. Laesionen, wie Blasen, Papeln, Quaddeln, Blutungen, Geschwüre, Narben, Infektionen, Tumoren, Verbrennungen.
- III. Reaktionen, wie allergisch ekzematöse, tuberkulöse, urticarielle, "freie Typen", durch Histamin hervorgerufene Quaddeln, Cholinreaktionen etc.

OBERMAYER teilt die Krankheiten in vier Gruppen ein:

In der *ersten* Gruppe finden sich die Dermatoneurosen. Darunter sind die Symptome von ganz leicht vorübergehender neurotischer Art bis zu schweren paranoiden Psychosen zu verstehen.

Die *zweite* Gruppe gehört den Dermatosen, bei denen psychische Faktoren gewöhnlich sehr bedeutende Komponenten darstellen, wie z.B. bei Pruritus ani et vulvae, Neurodermitis etc.

Die *dritte* Gruppe bezeichnet allerlei Dermatosen, bei welchen psychische Momente vorhanden sind und

die *vierte* Gruppe enthält Infektionskrankheiten, die von psychischen Faktoren beeinflusst werden.

Es gibt noch mehrere Einteilungen. Fast jeder hervorragende Forscher auf diesem Gebiete hat seine eigene Klassifikation. Folgende Autoren der neueren Zeit haben sich mit dem psychosomatischen Gebiet der Haut besonders beschäftigt: KLAUDER (1925), O'DONOVAN (1927), BARBER (1930), SACK (1933), STOKES (1935), GILLESPIE (1938), KLABER und WITTKOWER (1939), INGRAM (1939), BECKER und OBERMAYER (1940), und MAC' KENNA (1944).

Obwohl die Einteilung verschieden zu sein scheint - weil man ja die Psyche nicht messen oder wiegen kann - sticht die Tatsache hervor, dass viele von den oben genannten Dermatosen in fast jeder Einteilung als echte bzw. reine Dermatoneurosen und als solche, bei denen psychische Faktoren gewöhnlich eine sehr bedeutende Rolle spielen, immer wieder erscheinen.

Die Auseinandersetzung in Bezug auf die Frage, ob die Hautkrankheit psychischer Genese ist oder nicht, ist bei den (1) echten Dermatoneurosen und (2) solchen, wo psychische Faktoren gewöhnlich eine bedeutende Rolle in der Aetiologie spielen am geringsten.

Diese Arbeit behandelt die Dermatosen, bei denen kein Zweifel mehr besteht, dass sie psychogener Natur sind, und solche, bei denen psychische Faktoren gewöhnlich eine sehr bedeutende Rolle spielen.

I. PSYCHONEUROSEN

A. Echte Dermatoneurosen

1. Selbst hervorgerufene Laesionen an der Haut

a. Dermatitis artefacta

Die Dermatitis artefacta ist eine vom Patienten selbst induzierte Laesion mit entzündlichem Charakter, hervorgerufen durch Chemikalien oder andere irritierende Substanzen, um gewöhnlich Ärzten, aber auch anderen Personen etwas vorzutäuschen. Von hysterischen Patienten werden die Laesionen hervorgerufen, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und um Sympathie für sich zu gewinnen. Bei neurotischen Patienten werden die Laesionen produziert, um sich unangenehmen Pflichten und Verhältnissen zu entziehen bzw. sie zu vermeiden. Bei Schwachsinnigen und Verrückten werden die Verletzungen ohne jeden Grund hervorgerufen. Die bedeutensten Symptome der Dermatitis artefacta sind folgende:

1. Die Bereitschaft vieler dieser Patienten, sich chirurgischen Operationen, ja sogar Extremitäten-Amputationen zu unterziehen, um ihr Ziel zu erreichen!
2. Die Klugheit und Raffinesse dieser Patienten, ihren Betrug erfolgreich durchzuführen.
3. Die ungeheure Befriedigung der Patienten, wenn es ihnen gelingt bzw. zu gelingen scheint, die Ärzte zu hintergehen, sie an der Nase herumzuführen und ihre therapeutischen Bemühungen zum Gespött zu machen.
4. Die merkwürdige Sicherheit der Verneinung und Indignation, welche diese Patienten zeigen, wenn man sie ihrer Tat beschuldigt (KLAUDER).

MENNINGER vergleicht die Faktoren, welche bei der Dermatitis artefacta eine Rolle spielen - den Wunsch zu leiden, zu verbergen, sich zu verletzen, anderen Leuten Schmerz, Sorge und Verwirrung zu bereiten - mit denen, die man beim Selbstmord findet. In den meisten Fällen ist gewöhnlich eine zufällige Laesion oder ein kleiner Unfall, wie z.B. eine Verbrennung oder ein Stich der künstlich hervorgerufenen Wunde vorangegangen. Hy-

sterischen Patienten scheint ein früheres derartiges Geschehen als Suggestion zu dienen. Man muss nur daran denken, welche wichtige Rolle die Suggestion bei hysterischen Menschen spielt. Einige Forscher sind sogar der Meinung, dass die Patienten nach einer gewissen Zeit wirklich glauben, dass die Wunden nicht künstlich, sondern "per se" aufgetreten sind.

KLAUDER, O'DONOVAN, STOKES, MENNINGER, OBERMAYER, WITTKOWER und fast alle Forscher auf diesem Gebiet halten die Dermatitis artefacta für eine sich selbst destruierende Form einer Simulation, für eine Art lokaler Selbstvernichtung, die gleichzeitig als eine gegen die Umwelt gerichtete Aggression, ein Betrug durch den ein Appell an das menschliche Mitgefühl gerichtet wird, dient. Die Aggression ist von so einer Art, dass sie für den Simulanten nicht nur Sympathie, Aufmerksamkeit und pecuniäre Vorteile mit sich bringt, sondern auch nach einer gewissen Zeit die Offenbarung der Tatsachen, Beschimpfung des Patienten und Strafe zur Folge hat. Beide Aspekte sind den perversen erotischen Befriedigungen sehr ähnlich, wie man sie bei Masochismus und Exhibitionismus zu finden pflegt.

Mittels Masochismus und Exhibitionismus bringen diese Patienten demnach ihre psychopathologischen Hauterscheinungen zum Ausdruck. Der ursprüngliche Akt der Simulation dieser Art dient hauptsächlich dazu, eine Aggression hervorzurufen; d.h. es werden geringere selbstinduzierte Schäden provoziert mit dem Gedanken, viel grössere Schäden von anderen Leuten zu erleiden, wobei der erlittene Schmerz der Preis ist, den das Bewusstsein verlangt, um die Befriedigung des Unbewussten hervorzurufen. SULZBERGER und ZEIDENS definieren den Artefakt der Haut als eine vom Patienten selbst provozierte traumatische Laesion um Sympathie, Aufmerksamkeit zu erlangen oder um Verantwortung zu vermeiden. Der Patient weiss, was er tut, obwohl er sich niemals zu der Tat bekennt. Oft ist der Patient sich der tieferen Motive gar nicht bewusst, die hinter seinem selbstvernichtenden Verhalten liegen. Aus den Anamnesen hat sich vielfach ergeben, dass die Patienten in ihrem Leben wenig erfolgreich waren - sei es gesellschaftlich, wirtschaftlich oder sexuell - nachdem sie anfänglich Erfolge hatten. Diese Patienten benutzen ihre Hautlaesionen als Entschuldigung für ihre Misserfolge.

Die Motive solcher Patienten sind folgende: Vermeidung der Verantwortlichkeit, Lenkung der Aufmerksamkeit auf sich (als eine Kompensation für die Vernachlässigung oder als eine Reaktion einer hysterischen Per-

sönlichkeit) Mitleid auf sich zu ziehen, Rache zu nehmen, für die Schuld zu sühnen und für sich masochistische und exhibitionistische Befriedigung zu schaffen (GILLESPIE).

"Es ist einer der grundsätzlichen Gedanken, dass psychologische Faktoren nur ein Milieu oder ein einzelnes Glied in der Kette der Geschehnisse bilden, die zu somatischen Erkrankungen führen. Die Dermatitis artefacta macht jedoch sicher eine Ausnahme in dieser Regel. In ihrer klassischen Form ist sie selbstverständlich rein psychischer Genese. In den letzten fünf Jahren (England 1947) des Zwangs- National- und Militärdienstes wurden viele solcher Beispiele beobachtet, davon viele mit durchsichtigen Motiven als man im zivilen Leben beobachten kann. Die Beobachtungen zeigen, wie oft autopsychische Faktoren eine wichtige Rolle bei ungeklärten Fällen von Ekzemen, Geschwüren etc. spielen können (KLABER)."

Für die Diagnostik ist von grosser Bedeutung, dass sich die Artefakte an den für den Patienten zugänglichen Partien seines Körpers befinden und so variieren können, dass sie alle möglichen Hauterkrankungen simulieren und doch nicht den einheitlichen Charakter einer Krankheit haben (JAFFRY).

Das nachfolgende Beispiel soll die Dermatitis artefacta erläutern: Es handelte sich um eine 35 jährige Patientin. Die Laesionen umwickelten die Handgelenke wie eine Armbanduhr. Die bizarren Formen deuteten auf eine Dermatitis artefacta. Die Frau wurde ins Krankenhaus gebracht. Bei einer gründlichen Untersuchung nahm man den Geruch von Lysol wahr. Das Wundsekret ergab eine saure Reaktion mit Lackmuspapier. Man fand im Zimmer der Patientin eine Flasche Lysol. Zunächst leugnete die Patientin davon Gebrauch gemacht zu haben, gestand aber später ein, sie hätte das Lysol zur Verhütung einer Pyodermie benutzt, die angeblich von einem Arzt diagnostiziert worden sei. Tatsächlich hatte man bei der Patientin wegen eines infizierten Fingers kurz vor Auftreten ihrer "Hauterkrankung" Lysol angewandt, was sie zweifellos anregte, ausgerechnet dieses Mittel zur Erzeugung der Artefakte zu wählen. Die Patientin lebte in einer Kleinstadt, in der ihre Erkrankung allgemeines Aufsehen erregte. Freunde hatten Mitleid mit ihr und brachten ihr Blumen und Geschenke in die Klinik. Die Patientin wurde als geheilt entlassen, erhielt aber den Anspruch auf eine durchlittene Hauterkrankung aufrecht (KLAUDER).

Die Differentialdiagnose ist trotz der einfachen Symptome bei solchen Kranken oft schwer zu stellen (OBERMAYER). Beispielsweise ist der sehr bedeutende österreichische Dermatologe MATZENAUER einem derartigen Betrug zum Opfer gefallen. Er beschrieb eine neue Erkrankung, die er als *Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica* bezeichnete. Das Syndrom wurde folgendermassen beschrieben: meist im Klimakterium auftretend, sollten die Hauterscheinungen - chronisch recidivierende, symmetrisch angeordnete Erytheme, urticarielle, exudative oder gangränöse - durch toxische Stoffwechselprodukte haematogen hervorgerufen werden, auf dem Boden einer ovariellen Dysfunktion. Nach 20jährigem Streit klärten die Dermatologen, dass es sich um die Erscheinungen einer *Dermatitis arteficialis* handelte.

Bei der Therapie sind sich die meisten Forscher einig, dass man die Patienten nicht sogleich auf den Betrug hinweist, sondern sie zunächst ermutigt und sie psychologisch darauf vorbereitet. Wie gesagt wissen diese Patienten im Grunde die Motive ihres selbstvernichtenden Verhaltens nicht. Durch eine plötzliche Aufklärung tritt die Frage des Existenzkampfes ohne den Schutz der "Erkrankung" deutlich an sie heran. Viele der Patienten sind seelisch derart unreif, dass Psychotherapie kontraindiziert ist. OBERMAYER schreibt allerdings, dass er seine Patienten mit Artefacten, wenn es nur irgend möglich ist, zum Psychiater überweist und sie nach dessen Anordnungen weiter behandelt.

b. Neurotische Excoriationen

Im wesentlichen handelt es sich hierbei um eine traumatische Dermatitis die selbst produziert wird. Die Krankheit unterscheidet sich von der *Dermatitis arteficialis* durch die Geständnisfreudigkeit des Patienten der an seiner Haut fortwährend gräbt und zupft, ohne andere betrügen zu wollen. Es beginnt meist an Stellen die für die Hände des Patienten am leichtesten zugänglich sind, wie Arme, Brust und Schultern. Der Initiative zu der Hautabziehung liegt ein scheinbar unbeherrschbares Begehren zu Grunde die Haut zu kratzen, in sie hineinzugraben, sie zu zupfen oder an ihr in anderer Weise zu manipulieren, mit dem Resultat, dass dadurch ovale oder irreguläre ungefähr 0,5 cm im Durchmesser grosse Hautdefekte entstehen. Viele der Excoriationen sind mit blutigen Krusten bedeckt und von erythematösen Rändern umgeben. Nach einiger Zeit schälen sich die Kru-

sten ab und es bleibt eine schwach rötliche Narbe zurück. Diese wird weiss und zeigt einen hyperpigmentierten Rand. (KLAUDER, SULZBERGER, ZEIDENS, ENGLISH, WRIGHT, STOKES, BECKER und OBERMAYER etc.) Die Autoren fanden bei ihren Patienten, dass die Konjunktiven und der harte Gaumen anästhetisch waren. Neurotische Excoriationen kommen in verschiedenen Schweregraden vor. Die Psychogenese ist variabel. Oft handelt es sich um den Ausdruck einer Phobie - gewöhnlich Angst vor Parasiten. Der Kranke hat den Eindruck als ob seine Haut von Insekten und Parasiten befallen wäre. Er malträtirt dann die Haut um diese Insekten bzw. Parasiten zu beseitigen. Manches Mal bearbeitet der Patient seine Haut um die Laesion zum Verschwinden zu bringen, weil sie Anlass zu Beklemmung und Scham gibt (abgeschälte Akne bei jungen Mädchen z.B.). Geistiger Druck, Spannung und Ärger sind zuweilen die Ursache. Einer von KLAUDER's Patienten sagte: "Wenn in meiner Arbeit etwas schief geht gehe ich nach Hause und nehme an meiner Haut Rache." In mildereren Fällen kommen die Excoriationen während geistigen Beschäftigungen wie Lesen etc. vor. In ausgeprägten Fällen, gewöhnlich beim weiblichen Geschlecht, wird die Hautabziehung, meistens im Gesicht, zur Besessenheit. Solche Patienten können Stunden vor dem Spiegel verbringen und sich mit Zupfen, Pflücken und Drücken ihrer Haut beschäftigen. Der Patient weiss genau wie sinnlos sein Tun ist; er weiss auch welche schädlichen Konsequenzen daraus resultieren, nämlich die Bildung von Narben. Da die Selbstbeherrschung Defekte zeigt, kann man die Excoriation als eine Zwangsneurose bezeichnen (KLAUDER). Bei einigen Patienten spielt möglicherweise ein masochistischer Faktor eine Rolle. Meistens misshandeln diese Patienten ihre Haut ehe sie schlafen gehen um sich zu entspannen. Die Bearbeitung der Haut kann zwischen einigen Minuten und mehreren Stunden dauern. Obwohl der Patient die Tat der sinnlosen Selbstvernichtung in vollem Bewusstsein vollbringt, ist er nicht im Stande sie für längere Zeit zu unterbrechen. Bei dem freiwilligen Versuch diese schädliche Handlung zu unterbrechen, gerät er in eine Spannung die er nicht ertragen kann, sodass er seine Tat fortsetzt (OBERMAYER).

ZEIDENS vergleicht die Spannung und das Unbehagen dieser Patienten mit Besessenen und den Zwangsneurosen, deren Trägern es unmöglich ist ihre Ritualien und Zeremonien zu beenden.

MENNINGER betrachtet diesen Krankheitszustand als eine Art Selbstmord oder Verstümmelung, als Folge eines Kompromisses zwischen Selbstver-

nichtung und erotischen Tendenzen, so dass der Tod seiner Bedeutung beraubt wird durch das Opfer eines Teiles für das Ganze.

Die neurotischen Excoriationen werden durch fühlbare Unebenheiten der Hautoberfläche ausgelöst. Die Patienten fühlen sich gezwungen diese Unregelmässigkeiten zu beseitigen. Der Patient ist angenehm erleichtert wenn ihm das gelingt.

Psychodynamisch gesehen ist die Excoriation eine mildere Form der Paranoia - an der Grenze zur Besessenheit. In manchen Fällen kann das Ausdrücken von Pickeln oder Comedonen in der gleichen Richtung gelagert sein. Eine masturbatorische Komponente kann vorliegen. Bei der Mehrzahl dieser Patienten liegt eine echte Psychose vor. Infolgedessen ist eine psychiatrische Behandlung zur Heilung unbedingt erforderlich (WRIGHT). MICHELSON meint, dass die Patienten mit neurotischen Excoriationen nicht einer einzelnen Neurose oder Psychose unterliegen, sondern einer Komplexreihe von Reaktionen.

ENGLISH meint, wenn das Wissen über die menschliche Seele bzw. Psyche zunimmt, wird die Demarkationslinie zwischen Psychose und Neurose weniger wichtig.

Es gibt allgemein gültige Vorstellungen einer gesunden Erziehung zu einer Persönlichkeit die fähig ist sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen. Folgt man diesen nicht, gelangt man auf die verschiedensten ungesunden Abwege um zu einer Lösung zu kommen. Bei neurotischer Excoriation kann der Patient schon an einem Dermatozoenwahn leiden ehe die Excoriation beginnt. Auch wenn keine Wahnvorstellungen vorhandensind, besteht bei den Patienten das Bedürfnis zu zerstören, Schmerzen zu erdulden, Aufmerksamkeit auf eine perverse Art auf sich zu lenken, weil ein gesunder und normaler Weg der Persönlichkeitsbildung in der Jugend niemals gefunden wurde. Normalerweise begehrt der Mensch das Schöne, die Kultur und eine ästhetische Befriedigung und innere Zufriedenheit. Wenn der Patient diese Dinge nicht kennt oder anerkennt, sucht er Mitleid, lebt nur in Enttäuschungen, ängstlichem Unbehagen, Beklemmung und Verurteilung und ist eher bereit diese negativen Reaktionen zu ertragen und anzunehmen, als von andern nicht beachtet zu werden. Die meisten Leute bringen es nicht fertig unbeachtet zu sein und viele solcher "Egos" ziehen eine Selbstverstümmelung einer Leere, Vergessenheit und Unbeachtetsein vor. Für diese Menschen bedeutet die Hautlaesion einen Akt gesellschaftlicher Anerkennung. Sind Wahnvorstellungen der Grund für die Excoria-

tionen, sollte man nach ENGLISH statt von der Rolle der Psyche auf die Hauterkrankungen, von Invasionen durch kranke Ideen sprechen. Ausgewogene Menschen z.B. die sich wohlfühlen, bemühen sich zu anderen Mensch Kontakt zu finden. Fehlt das Gefühl des Wohlbehagens zieht sich die Person zurück, fühlt sich einsam, verlassen, unbeachtet und wird das Opfer von Ideen, dass ihre Haut oder andere Teile des Körpers ungesund seien. CORMIA erhob bei 13 Patienten eine ähnliche Anamnese. In 9 Fällen konnte er ein ungünstiges Familienleben und besonders eine schlechte Kindheit feststellen. 2 wurden von den Eltern dominiert. Sie konnten sich sexuell nicht anpassen. Das schlechte Familienleben beeinflusste ihre Jugend. Diese Patienten konnten nie einem guten Beispiel und einer gesunden Erziehung folgen. Sie haben weder in der Jugend noch später den normalen Lebensrhythmus gefunden. Um zu einer Lösung zu kommen mussten sie Nebenwege suchen. Diese Nebenwege stellten die neurotischen Excoriationen dar (CORMIA). Betrachtet man das Wesen und die Tiefe der Konflikte dieser Patienten, sind sie nicht so unglücklich wie man glauben könnte. Ihre Handlungen kommen meist durch äussere Verhältnisse zustande und nicht von innen heraus. Ihre Persönlichkeit ist etwas beschränkt, sie haben keine aggressiven Ideen und übernehmen ihre Rolle gleichgültig.

Die meisten Patienten, die ZEIDENS untersuchte, waren unverheiratete Mädchen im 30. Lebensjahr, die ein streng asexuelles Leben führten. Obwohl sie schon aus gesellschaftlichen Gründen zu heiraten wünschten, blieb den meisten dieser Wunsch versagt, weil sie sich als unelastisch im Umgang mit Menschen, besonders mit Männern, erwiesen. Sie hatten Angst vor dem sexuellen Leben. Die wenigen, denen es gelang zu heiraten, waren unglücklich in ihrem Verhältnis zu dem Partner. Ihre Excoriationen hatten sich an mehreren Stellen verschlimmert und wurden intensiver im Verhältnis zur Erhöhung der Konflikte. Aber, wie gesagt, ist die Prognose dieser Erkrankung günstig, da sie sich durch Psychotherapie sehr gut beeinflussen lässt.

Das allgemeine Bild der Erkrankung wird mit folgenden zwei gekürzten Krankengeschichten erläutert (MICHELSON):

1. Eine junge Frau begann ihre Haut zu excorieren, zu zupfen etc. nachdem man bei ihr eine falsche Diagnose auf Scabies gestellt hatte. Die Untersuchung ihrer Persönlichkeit ergab, dass die Gründe zu ihren Excoriationen eine übersteigerte Empfindlichkeit und unterdrückte Bosheit gegenüber ihrem Vater waren. Mittels einfacher Psychotherapie

brachte man ihr diese Gründe in Zusammenhang mit der Excoriation zum Bewusstsein. Sie passte sich allmählich an und stellte gleichzeitig die Excoriation ein.

2. Eine andere Frau, 40 Jahre alt, hatte eine milde Form von Hypertrichosis. Ihre Beschäftigung mit der Beseitigung der überflüssigen Haare waren das Symptom einer sich entwickelnden Melancholie. Eine kombinierte Behandlung vom Psychiater und Dermatologen, die zwei Jahre dauerte, heilte die Frau.

2. Haut- und Schleimhautveränderungen durch Zwangsbewegungen.

SULZBERGER und ZEIDENS beschrieben erstmals Schleimhaut- und Hautschädigungen durch Zwangsbewegung, wie sie im Tierreich schon bekannt waren. Diese Laesionen können überall lokalisiert sein, am häufigsten aber an der Mundschleimhaut, den Lippen und der Zunge. Sie werden durch beißen, kauen, saugen oder sonstige Manipulationen hervorgerufen. Sekundäre Mecerationen und Erosionen der Haut und Schleimhaut durch Daumenlutschen sind gelegentlich auch beobachtet worden. Wir sehen Hautlaesionen, hervorgerufen durch Zwangsbewegungen einschliesslich nervösen Gesichtszuckungen an fast jedem Teil des Integuments.

OBERMAYER: Die Gewohnheit des Beißens, Kauens oder Saugens hat immer eine erotische Komponente. Die verlängerte Form oder die lederne Konsistenz einer der kleinen Labien an der Vulva, die Verdickung der Clitoris und an einem Teil des umgebenden Gewebes, genauso wie ähnliche Veränderungen am Perineum beider Geschlechter sind hinreichende Manifestation der Masturbation. Verdickung der Lippen- und Zungenschleimhaut in Form umschriebener weisser Flecken, die durch Zwangsm Manipulationen hervorgerufen werden, verursachen in vielen Fällen Fehldiagnosen. Man verwechselte sie z.B. mit Leukoplakien, einer Form der Praeakranzerose. Tatsächlich kann ein dauernder Reiz auf die Schleimhäute durch Zwangsbewegung Grundlage für spätere maligne Degenerationen sein, obwohl es OBERMAYER persönlich niemals beobachtete. Es gibt sehr wenige systematische literarische Arbeiten über Haut- und Schleimhautveränderungen, die durch Zwangsbewegungen hervorgerufen werden. OBERMAYER hat z.B. nur eine solche Arbeit finden können und zwar von RESSMANN und BUTTERWORTH. Die beiden Autoren beschrieben 53 Patienten, die sich in einer Anstalt für Schwachsinnige befanden. Zwei

Prozent von ihnen hatten die Angewohnheit, sich unter heftigen Kaubewegungen zu beißen. Gewöhnlich waren die Bisse auf eine umschriebene Stelle gerichtet, meistens auf den Unterarm, Hände und Finger. Die Haut der betroffenen Stellen wurde erythematös, verdickt, trocken, hyperkeratotisch und öfter hyperpigmentiert. In vielen Fällen entstanden Verdickungen, die so fest wie Callus zu sein schienen und dem Modell der vorderen Zähne entsprachen. Bei manchen entwickelte sich an der betroffenen Stelle ein übermäßiger Haarwuchs. Je nach der angewandten Technik und entsprechend der Form der Zähne des Patienten waren die Hautveränderungen verschieden. Eine sekundäre Folge der Zwangsbewegung ist die Hypertrophie des M. masseter. Eine glatte, etwas runde Erhöhung auf dem Angulus mandibularis mit unverletzter Haut wird auf einer der beiden Seiten hervorgerufen, wenn man die Zähne oft fest zusammenpresst. Viele Patienten mit solch einer Anomalie sind seelisch instabil. Ein solcher Fall (OBERMAYER) von KERN beschrieben war ein 22-jähriger Mann, der an einer chronischen Urticaria litt. Nach einer gründlichen Untersuchung stellte man fest, dass seine Beschwerden auf eine seelische Ursache zurückzuführen waren. Zwangsbewegung kann auch zur Entwicklung einer Kontaktdermatitis führen. So hatte WALDBOTT eine Nickeldermatitis der Unterlippe beschrieben, die darauf zurückzuführen war, dass die Patientin den Ehering an der Unterlippe zwangsbeweglich gerieben hatte.

3. Trichotillomanie und Onychotillomanie.

Trichotillomanie definiert KLAUDER als eine psychoneurotische Manifestation, charakterisiert durch ein unbeherrschbares Begehren, ein oder mehrere Haare von Bart, Augenbrauen oder Kopf mit Gewalt zu extrahieren. Der psychiatrische Mechanismus ist ähnlich dem der neurotischen Excoriation, sexuelle Konflikte und Schuldgefühl spielen dabei die gleiche Rolle. Die Patienten riechen, beißen kauen an den herausgezogenen Haaren und spielen damit. Sie finden dabei eine Wollust, die man mit sexueller Befriedigung vergleichen könnte (SULZBERGER und ZEIDENS).

Die Psychiater halten die Trichotillomanie für eine Form der Masturbation. Ein Dermatologe mit der richtigen Einstellung genügt in den meisten Fällen, um die Heilung herbeizuführen und man kann von psychotherapeutischer Behandlung absehen (WRIGHT). Die Form von Trichotillomanie,

die als eine Art von Masturbation aufzufassen ist, verschwindet, sobald der Patient seine psychologischen Probleme einigermaßen gelöst hat (ZEIDENS).

Die Endstadien dieses Zwanges beobachtet man an den behaarten Regionen des Körpers, an denen die Haare mit Gewalt mittels Fingern oder auf andere Art extrahiert wurden. Das aussergewöhnliche Benehmen beginnt als eine perverse Art der Befriedigung, sozusagen als ein angenehmer Schmerzeffekt. Patienten dieser Art sind in die gleiche Gruppe einzureihen wie die, die ihre Nägel beissen und zupfen, bis sie schmerzhaft verletzt und blutig sind, die ihre Fingergelenke ziehen und brechen, die ihr Zahnfleisch mit Zahnstochern oder anderen Instrumenten reizen, bis es blutet oder die ihre Komedonen quetschen und herauspressen, bis das Gewebe an der betroffenen Stelle maceriert ist oder Wunden entstanden sind. Ziehen und zupfen an den Ohrfläppchen, Lippenbeissen etc. sind andere Manifestationen des Bemühens, einen angenehmen Schmerzeffekt am Körper zu erzielen, weil ihnen normale und gesunde Wege der Entspannung nicht bekannt sind. Solche Leute spielen mit sich selbst, stimulieren sich selbst und entstellen sich gewöhnlich, hauptsächlich, weil sie diese Tätigkeit befriedigt. Diese Tatsache ist für den Durchschnittsmenschen äusserst schwierig zu verstehen, aber im Grunde ist sie nicht rätselhafter als dass die Leute dauernd mehr essen oder trinken, als für sie gesund ist. In beiden Fällen übertreiben sie etwas, was sie geniessen. Sie entspannen sich für den Augenblick und haben ein grosses Verlangen zur Wiederholung, um das augenblickliche Vergnügen immer wieder zu erleben. Aus dieser Schilderung ist die sexuelle Komponente leicht zu erkennen. Um diese Manie zu heilen, muss der Arzt dem Patienten helfen, die Spannung, die er bei Unterbrechung dieser Gewohnheit erlebt, erträglich zu machen und er soll die Energie des Patienten auf normale, natürliche, gesündere und praktische Wege lenken (ENGLISH).

Bei diesen Patienten sind sexuelle Konflikte und ein Gefühl der Schuld von grösster Bedeutung. ZEIDENS hatte schwere Erscheinungen der Trichotillomanie und neurotischen Excoriationen während der akuten Phase einer paranoiden Schizophrenie beobachtet. Wiederholt hatten die Erscheinungen der Trichotillomanie wie auch der neurotischen Excoriationen aufgehört, als sich der psychotische Zustand verbessert hatte. Verschlimmerte sich der Zustand wieder, traten diese erneut auf und zwar im Verhältnis zur Intensität des psychotischen Zustandes. ZEIDENS studierte gründ-

lich vier solcher Patientinnen und teilt folgendes mit: Die Patientinnen betrachten Sexualität als Schmutz, Infektion und Gift. Sie haben immer wieder in ihren Träumen versucht, sich von Würmern, Parasiten und dgl., die sie in ihren Haaren oder sonst wo am Körper befallen hatten, zu befreien. Die schmutzigen Parasiten waren als Symbol für ihre Ehemänner zu verstehen, die sie beim Geschlechtsakt mit Schmutz etc. infizierten und die sie im Unterbewusstsein los werden wollten. Dies war jedoch nicht leicht möglich, weil alle vier Patientinnen Kinder hatten und auf ihre Ehegatten angewiesen waren. Eigentlich hatten alle nur deshalb geheiratet, weil sie sich selbständig nicht erhalten konnten und das Heiraten für sie eine soziale und auch finanzielle Versicherung bedeutete. Gerade, weil die Patientinnen unselbständig waren und sich von aggressiven Menschen fürchteten, heirateten sie Männer, die auch unselbständig waren. Deswegen unterschätzten und verabscheuten sie ihre Männer um so mehr. Aber weil sie, wie schon gesagt, auf ihre Männer angewiesen waren, mussten sie ein sexuelles Leben mit ihnen führen (ZEIDENS).

Bei der Mehrheit dieser Patienten handelt es sich um Kinder. Diese reißen oft so viele Haare heraus, dass manche Stellen der behaarten Regionen des Körpers völlig entblösst sind. Subjektive Symptome fehlen gewöhnlich, aber pruritishe Erscheinungen sollen vorgekommen sein. Die Diagnose kann durch künstlich erscheinende, unregelmässig begrenzte haarlose Stellen gestellt werden. Zur Sicherung der Diagnose legt man einen festen Schutzverband an, unter dem die Haare dann normal nachwachsen.

Ähnliche psychoneurotische Erscheinungen sind Trichorhexomanie und Onychotillomanie. Erstere ist eine psychoneurotische Manifestation, gekennzeichnet durch den unbeherrschbaren Wunsch, die Haare zu brechen, statt sie, wie bei der Trichotillomanie zu extrahieren. Unter Onychotillomanie versteht man den unbeherrschbaren Impuls, die Nägel zu reißen im Gegensatz zu der Onychophagie, bei der die freien Ränder der Nägel abgebissen werden (KLAUDER und OBERMAYER).

4. Dermatozoenwahn oder Akarophobie.

KLAUDER definiert Akarophobie als Angst vor Parasiten, die sich in neurotischen Excoriationen ausdrückt. SULZBERGER und ZEIDENS meinen, Akarophobie sei der Zustand, in dem die Patienten glauben, infiziert zu

sein, dass lebende Parasiten - Würmer, Keime und Wanzen - unter ihrer Haut kriechen und Paraesthesien hervorrufen. Bei dem Krankengut zeigten psychiatrische Untersuchungen, dass es sich um klare Fälle von Paranoia handelte. Die meisten dieser Patienten sind fähig, in unseren sozialen Kreisen zu leben, weil ihre Paranoia auf dermatologische Symptome übertragen ist. Hauptsächlich sind Frauen mittleren und höheren Alters betroffen. Meist ledig oder geschieden führen sie ein asketisches Leben und umgeben sich mit einer Aura des Geheimnisvollen und der Verfolgung. Sie finden sich mit ihren Hautlaesionen ab, suchen aber dennoch Hilfe bei vielen Dermatologen, obwohl sie keinem vertrauen. Gewöhnlich warten sie auf ein Wunder, das sie von dieser Infektion erlösen soll. Oft sind sie äusserst religiös und glauben mit Gott in einer gewissen Verbindung zu stehen. War es möglich, von diesen Patienten eine Anamnese zu erheben, wurde festgestellt, dass die Wahnvorstellung einer Parasiteninfektion immer einem sexuellen Schock folgte. Z.B. glaubte eine 58-jährige Frau, deren Gatte sie vor vielen Jahren verlassen hatte, sie wäre infolge eines ausserehelichen Verhältnisses infiziert worden. Bei diesen Patienten fungiert die Haut als ein Projektionsvorhang und ein Sicherheitsventil für ihre Konflikte. Sie fühlen sich den Anforderungen im Wettbewerb des täglichen Lebens nicht gewachsen und unfähig, Probleme, die im häuslichen, wirtschaftlichen und sexuellen Leben vorkommen, zu lösen und ihnen entgegenzutreten. Sie beschuldigen andere für ihr eigenes Versagen, wobei sie aber auf diese dauernd angewiesen bleiben. Infolgedessen fühlen sie sich ihrem eigenen Unvermögen und ihrem Groll gegenüber schuldig. Der Mechanismus der Feindseligkeit des Großen und der Aggression und das daraus entspringende Schuldgefühl werden vom Bewusstsein unterdrückt und projizieren sich auf die Haut. Die Hautlaesionen dienen als eine Rechtfertigung für ihr Versagen und als äusserer Schutz für ihre isolierte Lebensart. Verfolgungsgedanken begleiten sie ständig; sie sind das Zentrum ihres Lebens, sodass die Patienten nicht in der Lage sind, in eine dauernde soziale oder sexuelle Bindung einzugehen. Diese Gedanken der Verfolgung beginnen gewöhnlich sich zunächst gegen den Elternteil des anderen Geschlechts zu richten, mit dem der Patient in erheblichem Konflikt steht. Der Patient ist an diese Person stark gebunden, kann sie aber nicht für sich selbst behalten. Im Grunde handelt es sich um einen unterdrückten infantilen Ödipus-Komplex mit einer heftigen Feindseligkeit und Groll gegen den Elternteil des anderen Geschlechts, den der Patient nicht für sich alleine

behalten kann, von dem er sich keiner Kritik unterziehen will, gegen die er sehr empfindlich ist. Die Patienten bleiben das ganze Leben von dem andersgeschlechtlichen Elternteil abhängig. Diese Bindung wird von dem Patienten aufrecht erhalten, wobei er alles tut, was der Vater bzw. die Mutter vorschreibt. Deren moralische Begriffe und sonstigen Anschauungen über das Leben werden im strengsten Sinne von dem Patienten ausgeführt. Sogar, wenn eine Möglichkeit besteht, sich dieser dominierenden Verbindung zu entziehen, wird sie wegen der von dem Elternteil drohenden Strafe nicht wahrgenommen. Allerdings erscheint diese Drohung bzw. Strafe nur in Form des Gewissens, welches als Wache gegen jede Art sexueller Phantasie oder Aktivität steht. Hat der Patient irgend ein geschlechtliches Verhältnis, fühlt er sich schuldig und projiziert diese Schuld auf seinen sexuellen Partner oder auf die Aussenwelt, wobei er in Konflikt mit dem Elternteil bleibt. Der Patient möchte diesen, dem er gleichzeitig zürnt, behalten, obwohl er dessen Grundsätze und Lebensanschauungen nicht billigt. Der Patient scheitert schuldig an seinem Versuch, eine Verbindung einzugehen und benützt seine Haut, um dieses Versagen, Feindseligkeit, Schuld und schuldige Angst auszudrücken.

Sehr häufig wird das Wort Akarophobie falsch verwendet, denn es handelt sich in den meisten Fällen weder um den "Acarus genus", mit dem sich der Patient infiziert glaubt, noch um eine Phobie. Phobie deutet auf Angst und die Wenigsten haben eigentlich Angst. Vor etwas Angst zu haben und zu glauben, mit etwas infiziert zu sein, mögen zwar ähnliche, aber doch verschiedene Begriffe sein. Nach MILLER und WILSON sind Wahnvorstellungen bei vier Gruppen von psychiatrischen Störungen am häufigsten zu finden: 1. Toxische Psychose, 2. Dementia praecox (paranoide Form), 3. Melancholie, 4. Paranoia, wobei bei dieser nicht nur die reine Form in Frage kommt, sondern auch die durch Arteriosklerose und Syphilis hervorgerufene. WILSON glaubt, dass nicht alle Fälle des Dermatozoenwahns in Zusammenhang mit vollkommen entwickelten Psychosen gebracht werden sollen. Manche Fälle kommen auch bei neurotischen Menschen vor, deren Prognose viel günstiger ist.

Man ist der Ansicht, dass der Psychiater gelegentlich, der Dermatologe noch seltener eine derartige Wahnvorstellung beseitigen und den Patienten heilen kann. Es wird Elektro- und Insulinschock-Therapie empfohlen. Sie soll die Therapie der Wahl sein, denn sie hat die meisten Chancen,

die Prognose gewisser Gruppen bedeutend zu verbessern. Gelegentlich kommt es auch vor, dass diese Patienten von anderen Dermatosen befallen sind; so hatten WILSON und MILLER z. B. von Dermatozoenwahn befallene Patienten, die gleichzeitig an Lichen chron. simpl., Neurodermitis generalisata oder Dyshidrosis litten. Bei einem dieser Patienten verschwanden der Lichen sowie die Wahnvorstellung, bei gleichzeitig zunehmender Melancholie und tiefer Depression. Daraus kann man folgern, dass die Hauterkrankung und der Dermatozoenwahn ein Verteidigungsmechanismus gegen die Psychose sein muss (WILSON, MILLER, WRIGHT).

Alle Patienten, bei denen man Wahnvorstellungen vermutet, müssen zunächst gründlich untersucht werden, damit eine echte Dermatoze ausgeschlossen wird. Folgende Fälle erläutern diese Forderung. Aus einer Anamnese ergab sich der Verdacht auf einen vorliegenden Dermatozoenwahn. Nach einer gründlichen Untersuchung stellte sich heraus, dass der Patient tatsächlich mit Kopfläusen infiziert war. Ein anderer Fall war wie folgt: Ein Zoologie-Professor behauptete, seine Kopfhaut sei infiziert. Als man eine Wahnvorstellung vermutete, war er entrüstet und beleidigt. Nach einer gründlichen Untersuchung fand man wirklich eine selten vorkommende Milbe.

Eines der charakteristischsten Merkmale beim Dermatozoenwahn ist die Übertragung des Zustandes auf andere Menschen in der Umgebung des Patienten. Sind zwei Personen daraus von den Wahnvorstellungen betroffen, zeigen sie genau die gleichen Symptome. Die Franzosen nennen diesen Zustand "folie à deux". OBERMAYER hatte die Wahnvorstellung bei vier Mitgliedern einer Familie, also "folie à quatre" beobachtet. Die Mutter, eine 58-jährige Mexikanerin, litt seit längerer Zeit an einem Lichen chron. simpl.; ihre Wahnvorstellung wurde durch die Fehldiagnose einer Parasiteninfektion ausgelöst. Die Tochter und zwei Söhne, die gelegentlich auch von Hauteruptionen und Pruritus befallen waren, verfielen nach und nach der selben Vorstellung. Der Gatte war nicht betroffen. Gründliche Diagnostik führte zum Ausschluss einer Infektion. Eine psychologische Begutachtung der ganzen Familie als Einheit und der einzelnen Familienmitglieder durch STEPHEN RUSH offenbarte mehrere wichtige Tatsachen: Obwohl sie nicht an einer Psychose litten und fähig waren, das Leben zu genießen, konnte keiner von ihnen eine volle sexuelle Befriedigung erlangen. Die einzelnen Mitglieder waren sehr auf einander angewiesen. Die Tochter und die Söhne - alle ungefähr 40 Jahre alt - waren

ledig und wohnten bei den Eltern. Wie zu erwarten, verabscheuten sie heimlich ihre Unfähigkeit, das "Nest zu verlassen und empfanden bei solchen Gedanken Scham- und Schuldgefühl. Jeder Versuch, den Zustand zu ändern, misslang, denn ein Mitglied konnte nur kurze Zeit ohne die anderen leben. Einer der Söhne sagte: "Es sind wir selbst, die unter unsere Haut kriechen". Sie waren besessene Personen. Dauernd projizierten sie ihre verborgenen aggressiven Impulse und fühlten sich von aussen bedroht. Diese Pseudo-Wahnvorstellungen verschwanden, nachdem man der Familie die Gründe ihrer Symptome logisch erklärt hatte. RUSH und OBERMAYER schlossen daraus, dass das psychische und physische Zusammenleben der Familie - das die Einbildungskraft des Einzelnen erhöhte - verbunden mit der Anfälligkeit für Hautkrankheiten bzw. Hautreaktionen mit spezifisch neurotischen Merkmalen, die Gründe für die Pseudo-Wahnvorstellungen waren.

5. Stigmata der Kruzifikation und Umwandlungs-Hysterie.

Das Stigma ist als eine künstlich hervorgerufene oder als eine physiopathologische Laesion zu betrachten. Die Stigmata sui generis haben sehr kennzeichnende Merkmale; keine dermatologische Laesion ähnelt ihnen. Es sind scharf begrenzte erythematöse Flecken, die von Zeit zu Zeit eine Flüssigkeit absondern, die sich als Blut oder als seröse Flüssigkeit, die mit Blut vermischt ist, erweist. Die Wundoberflächen können mit Gerinnsel bedeckt sein ohne die geringsten Zeichen einer peripheren Entzündung oder Eiterung. Wäre so eine Laesion künstlich hervorgerufen, was technisch fast undenkbar ist, müsste sie nach einer gewissen Zeit dem biologischen Schicksal folgen, d.h. zur Abheilung gelangen, was bei einem echten Stigma nicht beobachtet wird. Allerdings ist bekannt, dass Hysteriker und Psychotiker zu Stigmata neigen, die in manchen Fällen als künstlich hervorgerufene Laesionen aufgedeckt werden (KLAUDER).

OBERMAYER ist der Ansicht, dass die Stigmata in der Medizin als sui generis angenommen werden müssen. Hysterische Blutungen in der Haut und die verschiedenen Hautlaesionen, die durch Hypnose hervorgerufen werden können, zeigen den Zusammenhang zwischen Emotionen und Haut. Die Kraft der Suggestion in umgekehrtem Sinne zeigt sich beispielsweise in dem Verschwinden des Stigmas von Terica, einem jugoslawischen Bauernmädchen.

Auch im Falle Neumann ist die Suggestion von bestimmter Bedeutung. Ehe Therese Neumann von dem Stigmata befallen war, hatte sie Symptome von Umwandlungshysterie gezeigt, einschliesslich Erblinden, beschleunigt durch einen Schock, den sie durch einen Brand in der Nachbarschaft erlitt. Auch MASON beschrieb einen Fall, bei dem Suggestion eine bedeutende Rolle spielte: Ein Patient mit kongenitaler ichthyosiformer Erythrodermie wurde in allen Krankenhäusern Londons erfolglos behandelt. Sein Zustand besserte sich durch Hypnose und Suggestion derart, dass er praktisch als geheilt angesehen werden konnte. OBERMAYER nimmt an, dass es genügend Beweise gibt, dass die Stigmatisation durch den Mechanismus der hysterischen Identifizierung geschieht. Die psychodynamische Interpretation dieses provozierten Ereignisses ist klar. Die Hautlaesionen reproduzieren den ganzen Inhalt der unbewussten Phantasie und die Verteidigung dagegen. Stigmatisation muss deshalb als ein Hautumwandlungsphänomen angesehen werden. Ihre Seltenheit deutet auf die Stärke der seelischen Kraft hin, die unentbehrlich zur Bildung von Stigmata ist. Stigmatisation stellt für das experimentelle Studium auf dem Gebiete des Umwandlungsphänomens ein ideales Medium dar. KLAUDER beschrieb einen Fall: Es handelte sich um die Schwester eines Soldaten, der zur Folter verurteilt wurde. Als die Vollstreckungsstunde gekommen war, fühlte sie, obwohl sie zu Hause bei der übrigen Familie weilte, die Schläge und Wunden, die ihr Bruder erlitt. Tatsächlich zeigten sich auch bei ihr Wunden auf dem Rücken, die sogar bluteten. BARCHILON und ENGELS schildern einen weiteren Fall von Umwandlungshysterie, der erörtert, wie sich sexuelle Probleme an der Haut manifestieren können. Eine 24-jährige Amerikanerin kam durch den Hausarzt, der sie wegen eines Magengeschwürs behandelte, erstmals zum Dermatologen. Aus der Anamnese ging hervor, dass die Patientin immer nervöser wurde, häufig erbrach, ohne jeglichen Grund weinte, nicht schlafen konnte, nicht glücklich sein konnte und ihre Umgebung unglücklich machte. Als man ihr vorschlug, sich stationär aufnehmen zu lassen, weigerte sie sich und sagte, sie hätte Todesangst vor Krankenhäusern, Ärzten und ihren Nadeln. Sie behauptete, dass ihr physisch nichts fehle. Die Patientin hatte an Gewicht verloren, dorsal oberhalb des Handgelenkes hatte sie eine ekzematöse Laesion, etwa zwei Zentimeter im Durchmesser, auf der sie ein Stück Stoff trug, um zu verhindern, dass die Armbanduhr mit der Haut Kontakt hatte. Die Patientin behauptete, dass die Hautlaesion von diesem Kontakt käme, deshalb trug sie auch

unter dem Ring ein Stück Stoff. Alle Laborbefunde waren normal. Die Patientin beschrieb ihren 54-jährigen Vater als äusserst nett, ebenso schilderte sie die 49-jährige Mutter äusserst liebenswürdig. Schon als Kind hatte sie gelegentlich hysterische Anfälle. Erst sehr spät äusserte sie sexuelle Bedürfnisse. Es ist interessant zu wissen, dass der hysterische Patient eigentlich ein grosses Wissen über sexuelle Tatsachen besitzt. Er unterdrückt und offenbart es durch symbolische Symptome (ENGEL). Dies war auch bei der erwähnten Patientin der Fall. Erst in der vierten Sprechstunde erwähnte sie das schwarze Band, das sie unter der Armbanduhr und unter den Ringen trug. Erstmals sei bei dem Tragen einer von ihrem Vater geschenkten Uhr an der Kontaktstelle mit der Haut ein Ekzem aufgetreten, das ein halbes Jahr bestand. Das erste Recidiv trat auf, als ihre Hand den Metall-Sessel eines Vorgesetzten berührte; gleichzeitig entwickelte sich eine Amenorrhoe, weshalb sie einen Arzt aufsuchte. Nach der Blutabnahme brach an der Stelle des Nadeleinstiches ein schwerer Ausschlag aus. Sie erwähnte, dass sie bei der Blutabnahme an die Notwendigkeit einer Blutuntersuchung vor der Ehe dachte. Ein weiteres Recidiv erschien Jahre später durch die Berührung von Münzen und verschwand erst wieder, als sie durch die Erkrankung von der Pflicht enthoben war, als Brautjungfer zu fungieren. Die Psychoanalyse dauerte 8 Monate. Allmählich sprach die Patientin über ihre ambivalenten Gefühle ihren Eltern gegenüber. Der angegebene Zustand von gleichzeitig empfundenen Liebe- und Hassgefühlen widersprach den anfänglichen Aussagen. Diese Tatsache zeigt, dass sie immer die unangenehmen Dinge im Leben verleugnen wollte. So vermied sie auch Aussprachen mit ihren Eltern und es kam bei einer harmlosen Frage ihrer Mutter nach der Uhr an ihrem Arm zu einer neuen Exacerbation der fast völlig abgeheilten Dermatoze. BARCHILON und ENGEL interpretieren diese Hauteruptionen als Symbolismus für Schuld, d. h. Schuld für sexuelle Gedanken. Es scheint, als ob der Hautausschlag symbolisch die sexuellen Wünsche wie auch die Bestrafung dafür darstellt. Die beschriebene Patientin erkannte diese Erklärung an. Die klinische Diagnose wird damit klar. ENGEL meint, dass es sich um ein hysterisches Mädchen handelt, die Umwandlungssymptome erlebte. Obwohl man traditionsgemäss unter Umwandlungssymptomen eine Reaktion versteht, die willkürliche neuromuskuläre und sensible Systeme in Anspruch nimmt, gibt es dennoch Ausnahmen, z. B. den sog. Globus hystericus oder Erbrechen. Die Haut bildet ebenfalls, wie obiger Fall zeigt, eine Ausnahme. Die Dynamik ist typisch für Hysterie. Die Hauteruptionen ka-

men immer zum Vorschein, wenn unterdrückte sexuelle Wünsche in Gefahr waren, nach aussen durchzubrechen oder entdeckt zu werden. Die Ausschläge stellten gleichzeitig den symbolischen Ausdruck des verbotenen Wunsches und eine Verteidigung dagegen dar. Die Lokalisation der Eruption war immer durch einen symbolischen Anlass festgelegt, z. B. die Armbanduhr (Geschenk des Vaters), die Nadel (Blutkontrolle vor Eheschliessung) etc.

FERE diskutiert ebenfalls das Merkmal der Spontanblutung in die Haut (Purpura), also das Herausfliessen des Blutes aus irgend einem Grund von den Arteriolen und Kapillaren in die Haut, Schleimhaut und subcutanes Gewebe. Die Blutung in die Haut kann verschiedene Grössen erreichen. Man unterscheidet Petechien, Ekchymosen und Suffusionen. Die Mehrzahl der Forscher, die sich damit befasst, erklärt dieses Phaenomen als eine vasomotorische Labilität bei hysterischen Personen.

B. Phobien

Phobie (Angst) ist ein Symptom, welches den Menschen zwingt gewisse Tatsachen und Situationen zu vermeiden, die als Symptom für frühere ängstliche Reize oder Strafen gelten (OBERMAYER). Diese Angst hat ihren Ursprung im jungen Alter wo das Kind die Strafe der Eltern für seine aggressiven und sexuellen Wünsche fürchtet. Um mit den Eltern ein ungestörtes Verhältnis zu behalten, projiziert das Kind die Angst auf andere Leute, auf Tiere, anorganische Objekte und Situationen. Die Phobien die man in der Dermatologie findet, nach KLAUDER Dermatophobien genannt, sind folgende: Syphilophobie, Kancerophobie, Bakteriophobie, Bromidrosiphobie, Akarophobie. KLAUDER nennt noch die Peladephobie d. i. die Angst vor der Glatze, die sich hauptsächlich bei Männern manifestiert und Ruphobie, die Angst vor Schmutz.

Fühlen sich Personen unbeliebt und von denen, die die Macht haben, nicht beachtet, tauchen krankhafte Gedanken in ihrem Geist auf, wie z. B. dass ihr Organismus von destruierenden Kräften befallen wird. Die Schreckgespenster der Kindheit, wie wilde Tiere etc. werden im Erwachsenenalter zu Räubern und Gewalttätern oder zur Furcht von Krebs, Bakterien, Syphilis etc.; in jedem Fall ist das Endresultat: Schmerz, Vernichtung des Organis-

mus und der Persönlichkeit. Neben den Phobien besteht ein grosses Misstrauen, welches aus den Erlebnissen der Kindheit entspringt. Schuldgefühl und Minderwertigkeitskomplexe, Unfähigkeit, Vertrauen zu schenken sind Begleiterscheinungen. Die Patienten denken folgendermassen: "Ich soll ein Opfer dieser zerstörenden Krankheit sein, ich verdiene kein besseres Schicksal. Etwas Fürchterliches muss mit mir geschehen, um die Rechnung zu begleichen; ich werde und ich will für meine bösen Gedanken bestraft werden (ENGLISH). Bei der Therapie soll man sich bemühen, den Patienten dazu bewegen, Wärme zu anderen Leuten zu entwickeln, ihn zu lehren, Freude beim Tun für Andere zu empfinden, dass er selbst Achtung für sich empfinden kann. Der Patient muss das Gefühl bekommen, dass er etwas wert ist. Dies muss die Grundlage für die Interpretation der Symptome schaffen. Kein Glaube in einen sich sorgenden Menschen ist sinnlos. Jeder Glaube hat einen causalen Zusammenhang mit irgendwelchen früheren Erlebnissen. Es besteht nicht notwendigerweise nur ein Gedanke oder eine Phantasie, die, wenn entdeckt, die Neurose zum plötzlichen Verschwinden bringen würde. Dies geschieht nur selten. In solchen Fällen sind die Resultate meistens abhängig von einer langsamen Bereicherung des leeren seelischen Lebens, welches viel Platz für kranke Gedanken gelassen hat, ferner von dem Einsehen der wichtigen Frage, welcher Grund für solch einen Unheil-Gedanken für den Patienten vorliegt. Der Unheil-Gedanke dient für eine Kindheits-Missetat oder für einen bösen Gedanken als Sühne. Nur wenn dies verstanden ist und der Patient im Stande ist, sich dies einzugestehen, kann er lernen, wie man ein Leben ohne Sorgen und ohne dauernde Beschäftigung mit negativen Gedanken führen kann. Manche dieser Patienten bessern sich und werden durch eine psychotherapeutische Behandlung von etwa 3 - 6 Sitzungen geheilt. Die meisten von ihnen aber brauchen bei einer Krankheitsdauer von über sechs Monaten eine längere und intensivere Behandlung und sollen zu einem Psychiater überwiesen werden. Diese Fälle zählen zu den Schwierigsten auf psychiatrischem Gebiet.

LEVINE glaubt, dass gewisse Phobien, besonders Syphilophobie und Kanzerophobie sehr tief sitzen und unveränderlich sein können oder im besten Falle mittels tiefer gehender Methoden der Psychotherapie lediglich eine Milderung der Krankheit zu erzielen sei. Es gibt aber auch einfacher gelagerte Fälle, bei denen es gelingt, eine eindrucksvolle Untersuchung zu machen und dem Patienten zu versichern, dass alles bei ihm in Ord-

nung sei, um eine Heilung herbeizuführen oder zumindest seinen Zustand so zu verbessern, dass er normal leben kann.

Öfters ist es so, dass ein Ereignis im reifen Alter in causalem Zusammenhang mit einer Phobie steht (OBERMAYER). Hier ein paar Beispiele: Ein Freund oder ein Familienmitglied stirbt durch eine Krebserkrankung. Dies kann Anlass zu einer Kanzerophobie geben; ein ungeschütztes sexuelles Verhältnis mit einer Frau von der Strasse den Anlass zur Syphilisphobie; eine Berührung mit einem Kind, das z. B. eine Impetigo hat, Ursache zur Bakteriophobie. Eine missverstandene Bemerkung über Körpergeruch kann Ursache einer Bromidrosiphobie sein. Die Angst kann so gross sein, dass der Patient sehr darunter leidet und die Versicherung, dass er gesund sei, nur vorübergehenden Effekt hat. Dies ist eine phobische Art einer Psychoneurose, die sowohl mit Hysterie als auch Zwangsneurose verwandt ist. Wie oben erwähnt, müssen die Phobien von dem Dermatozoenwahn unterschieden werden. Wahnvorstellungen sind auf Störungen in sehr frühem Stadium der psychosexuellen Entwicklung (orale) zurückzuführen, während die Konflikte, die zur Phobie führen, in späterem Stadium der infantilen Entwicklung beginnen (anal-phallisches Stadium nach OBERMAYER). Wahnvorstellungen zeichnen einen geistigen Zustand aus, welcher die Wirklichkeit verleugnet oder missinterpretiert. Infolge zeigen sie gefährliche Auseinandersetzungen des Egos, dessen bedeutendste Funktion die Wahrnehmung der Wirklichkeit ist. Die schweren Folgen solch eines Geisteszustandes lassen einen die Bedeutung dieser Wahnvorstellungen erkennen. Da die Objektive der Fixation bei den Phobien und Wahnvorstellungen die gleichen sind, ist die Differenzierung nicht immer leicht.

1. Kanzerophobie

Kanzerophobie kommt am häufigsten bei Personen mittleren oder fortgeschrittenen Alters vor. Sie wird bei Neurotikern teils durch Radio- und Presse-Aufklärung, teils durch Todesfälle Krebskranker hervorgerufen. Die meisten derartigen Patienten, die zu SULZBERGER kamen, zählten zu letzteren. In den meisten Fällen gelang es, durch gründliche Untersuchung, Beruhigung und wiederholte Versicherungen, die Patienten wenigstens für eine gewisse Zeit von der Angst zu befreien. In seltenen Fällen kann Kanzerophobie das Symptom einer Psychose bzw. Schizophre-

nie, Paranoia oder Depression sein. Sie kann auch Symptom einer Neurose sein. Die meisten Patienten, die zu OBERMAYER kamen, lokalisierten ihren Krebs im Mund. Viele Autoren, darunter SULZBERGER, ZEIDENS, KLAUDER, BECKER, ZISKIND, MOULTON, OBERMAYER u. a. erwähnen Glossodynie immer dann, wenn sie über Kanzerophobie schreiben. Frauen sind häufiger betroffen. DANIEL, ZISKIND und MOULTON geben an, dass derartige Patientinnen vor der Menopause sexuell gescheitert und nicht richtig angepasst waren, indem sie erhöhtes sexuelles Bestreben bei Eintritt der Menopause zeigten. Das Klimakterium bedeutete für sie eine Bedrohung ihres Frau-Seins. Ausserdem beschäftigen sich diese Frauen zu sehr mit Angst vor dem Tod, Angst vor Krebs, besonders Mundkrebs, da dieser das Organ beeinträchtigt, welches das Leben durch das Essen ermöglicht.

2. Syphilophobie

Syphilophobie folgt in den meisten Fällen auf ein aussereheliches sexuelles Verhältnis. Sie ist mit Schuldgefühl verbunden. Wiederholte serologische Untersuchungen reichen gewöhnlich aus um den Patienten zu beruhigen. In seltenen Fällen ist der Zustand ein Symptom tiefer gehender Psychosen oder Neurosen. Die oft bei Menschen mit völlig normalen Verhältnissen und seelischer Verfassung vorkommende Abscheu und Angst vor Syphilis ist durch Aufklärung der "Halbwahrheiten" meist abzustellen. Syphilophobie kann sich aber auch bei Leuten entwickeln deren früher tatsächlich vorhandene Infektion schon längst abgeheilt ist. Jedes an sich beobachtete Symptom wird von diesen sofort verdächtigt syphilitischer Natur zu sein, wie z.B. harmlose Schleimhautstörungen, eine Seborrhoe des Praeputiums, eine Balanitis, ein Herpes progenitalis oder orale Aphten. Auch funktionelle Störungen gastrointestinaler Art etc. werden immer syphilitischer Natur gedeutet.

Syphilophobie steht in umgekehrtem Verhältnis bei den Geschlechtern zur Häufigkeit des Vorkommens. Frauen sind häufiger infiziert, neigen aber weniger zur Phobie. Das Durchschnittsalter für das Maximum der Infektion liegt bei 30, das der Phobie bei etwa 50 Jahren (SCHEUERMANN).

Da die Patienten sehr heftig unter der Syphilophobie leiden soll man ihre Bedeutung nicht unterbewerten. Lässt sich ein Patient durch wiederholt

negative serologische Untersuchungen nicht davon abbringen, sollte man ihn nach OBERMAYER in psychiatrische Behandlung geben.

3. Bakteriophobie

Bakteriophobie findet ihren Ausdruck oft in einem Waschzwang besonders der Hände, auf dessen Boden sich häufig eine chronische Dermatitis der Hände entwickelt. KLAUDER berichtet einen derartigen Fall von der Tochter einer Luetikerin. Gelegentlich kommt Bakteriophobie auch bei Ärzten und Pflegepersonal vor. Ebenso bei Säufern, Betrügern, Gangstern etc. bei denen OBERMAYER als Ausdruck des durch die Phobie entwickelten Waschzwangs mehrere völlig überflüssige Badezimmer vorfand.

4. Bromidrosiphobie

Bromidrosiphobie ist die übertriebene Angst vor Körpergeruch. Sie entspringt dem unbewussten Wunsch diesen Geruch zu geniessen. Bei einer Überbetonung der Verabscheuungswürdigkeit der Excrete und Excremente durch die Eltern in einem gewissen Kindheitsabschnitt kommt es im Erwachsenenalter zu derartigen Erscheinungen, ein Mechanismus der dem des Waschzwangs sehr ähnlich ist, wo die Eltern die Furcht vor Schmutz und Bakterien dem Kind übermässig einimpfen.

II. PSYCHISCH BEDINGTE REAKTIONEN AUS DEM PATHOPHYSIOLOGISCHEN BEREICH

1. Abnormes Erröten

Erröten ist wie übermässiges Schwitzen ein Beispiel für ein psychosomatisches Geschehen, dessen Reaktion sehr schnell vor sich geht, und welches für die befallene Person sehr unangenehm sein kann. Die Haut ist zweifellos wie alle anderen Organe fähig symbolisch eine innere Einstellung aus-

zudrücken. Das sehr wohl bekannte Phänomen des Errötens deutet auf folgendes: "Ich glaube, du kennst meine Gedanken und ich fürchte und schäme mich." Das Erröten symbolisiert also die innere Erregung und die Angst, dass diese nach aussen erscheint. Ein exhibitionistischer Wunsch aber triumphiert über Angst und Scham welche immer wieder versuchen diese Emotionen verborgen zu halten. Man muss versuchen wenn man die Sprache der psychosomatischen Krankheiten verstehen möchte, sich vorzustellen, dass die Haut in einer gewissen Art handelt - oder dass sie ein Problem zu lösen versuchen kann - genauso wie der ganze übrige Organismus handeln kann. Vielen mögen diese Gedanken phantastisch erscheinen, aber das Praktizieren der psychosomatischen Medizin verlangt eben nicht nur naturwissenschaftliche Aspekte (ENGLISH).

Das Erröten wird durch Dilatation der Kapillaren hervorgerufen. Nach OBERMAYER ist die bevorzugte Lokalisation Gesicht und Nacken. Der direkte Mechanismus ist also eine vasomotorische Reaktion, die durch unbeherrschbare, nervöse Impulse hervorgerufen wird. KLAUDER schreibt, das Erröten sei eine Labilität des vasomotorischen Systems bei Psychopathen. Es ist eine der häufigsten Hauterscheinungen die man durch Suggestion in Hypnose hervorrufen kann. Pathologisches Erröten ist häufig mit dem Geschlechtstrieb verbunden und kann ein Symptom der Umwandlungshysterie sein. ENGLISH und PEARSON geben folgenden Fall an: Eine 35-jährige Frau wurde schon seit ihrer Pubertät von Erröten des Gesichts und des Nackens geplagt, das in äusserst unpassenden Situationen auftrat. Eindeutig errötete sie immer dann, wenn man über ihr sexuelles Leben sprach. Ruhte der Blick eines Mannes auf ihr oder betrachtete sie umgekehrt einen Mann errötete sie. Sie empfand in solchen Augenblicken ein sexuelles Begehren. War sie sexuell gereizt oder hatte sie derartige Vorstellungen errötete sie ebenfalls. Hier sehen wir den Mechanismus der Umwandlung sexueller Energien in ein nicht geschlechtliches organisches Symptom, welches sowohl den exhibitionistischen wie auch den erotischen Instinkten dient.

FENICHEL beobachtete, dass heftiges neurotisches Erröten und Schwitzen oft mit paranoiden Merkmalen verbunden ist. Diese Menschen fühlen sich ständig von anderen beobachtet. Exhibitionismus spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle. Im Allgemeinen aber ist das Erröten im Adoleszentenalter eine Manifestation der Scham und Verlegenheit. Übermässige Tendenz

zur Verlegenheit kann Ursache der sexuellen Inhibition sein oder Begleitsymptom einer Neurose.

Nach (BECKER), EPPINGER, COMBY, HESS, SINGER, BEAR u. a. werden Erröten, Dis- und Hyperhidrosis neben neurozirkulatorischer Asthenie, nervöser Unstabilität, vasomotorischer Unstabilität bzw. Irritation, Vagotonie bzw. Sympathikotonie etc. genannt. Die befallenen Personen zählen nach ihnen zur sogenannten "funktionellen Gruppe", die mit konstitutioneller Minderwertigkeit behaftet sei. Seelischer Druck spiele eine wesentliche Rolle in der Ausbildung der Symptome, die sich in geistiger Erschöpfung, Kopfschmerzen, Hyperaesthesia retinae, pelzigem Gefühl, rascher Muskelschwäche etc. manifestieren. BECKER selbst möchte diese Patienten nicht als minderwertig bezeichnet wissen, da sie im täglichen Leben ihre Pflichten oft mit am gewissenhaftesten erfüllen dadurch meist verantwortliche Stellen inne haben.

SULZBERGER, ZEIDENS und KLAUDER bewerten das Erröten, das Erblassen und Schwitzen geradezu als seelischen Manometer. Gelegentlich kommt das sogenannte Erythema palmare vor, also ein Erröten der Hände. Zwar wird berichtet, dass die Ursache in vielen solcher Fälle in Faktoren wie rascher Temperaturwechsel oder vermehrten oestrogenen Substanzen in der Schwangerschaft liegt. Es kommt aber auch bei Patienten mit einer Angstneurose vor, also auf rein seelischer Grundlage, was aus dem Verschwinden bei einer psychiatrischen Therapie ersichtlich ist.

2. Hyperhidrosis

Hyperhidrosis kann lokalisiert oder generalisiert vorkommen. Sie kann angeboren oder erworben sein. Die Ursachen können verschiedene sein. Generalisierte Hyperhidrosis kann durch eine konstitutionell bedingte Störung im Wärmecentrum verursacht sein, daneben sind sämtliche Systemerkrankungen zu erwägen. Die Praedilektionsstellen für die lokale Hyperhidrosis sind Hände, Fußsohlen, Achselhöhlen, Brust, Genitalbereich, Stime und behaarte Kopfhaut. Mit Ausnahme der oben erwähnten Systemerkrankungen kann selten ein organischer Grund gefunden werden. Die angeborene Hyperhidrosis beschränkt sich meist auf kleine Segmente, wie Fußsohlen und Handinnenflächen; die Sekretion ist in diesen Fällen meist ununterbrochen (OBERMAYER).

Nach ENGLISH ist in Frage zu stellen, ob die Schweissabsonderung in Achselhöhlen, Handinnenflächen und Füßen als pathologisch zu bewerten ist, oder ob es sich nicht um eine regulierende seelische geradezu positive Manifestation handelt. Er glaubt, es könne eventuell für den Körper Situationen geben in denen diese Schweissabsonderung sogar vorteilhaft wäre, z.B. bei heftiger Angst etc.

Findet man in der Psychiatrie als Nebentbefund Hyperhidrosis, verschwindet diese meist bei Besserung der eigentlichen Erkrankung. (MAC KENNA) Auch WITTKOWER machte an einem Krankengut von 50 Patienten die selbe Beobachtung. KLAUDER führt einige Fälle an, bei denen es bei Neurotikern nicht nur zu einer Hyperhidrosis kam, sondern zu gleichzeitiger Bromidrosophie. Z.B. wurde bei einem Kellner allein durch den Ruf des Gastes eine Hyperhidrosis ausgelöst, bei einem anderen Patienten durch die Vorstellung jemandem die Hand reichen zu müssen. Schweissabsonderung ist also neben Tremor und erhöhtem Puls ein Symptom der Angst.

RODO formuliert die in der Psychiatrie herrschende Ansicht über Schwitzen folgendermassen: Emotionen welche den Schweissmechanismus ansprechen können in zwei Arten eingeteilt werden. Einmal in solche die durch dringende Not entstehen und zweitens in sogenannte Wohlfahrtsemotionen. Erstere stellen eine Art schmerzhaftes Erlebnis dar, das vermieden werden soll; sie können berechtigt oder unberechtigt, manifest oder latent sein. Angst und Wut sind derartige Emotionen. Wohlfahrtsemotionen haben als Basis Erwarten und Begehren angenehmer Erlebnisse und können erkennbar oder nicht erkennbar sein. Ein Beispiel dafür ist sexuelle Erregung.

SULZBERGER und ZEIDENS nennen ebenfalls seelischen Druck und neurologische Störungen als Ursache für Hyperhidrosis. Auf dem Boden einer Hyperhidrosis können alle möglichen Komplikationen entstehen wie z.B. eine Epidermophytia. Besonders deutlich wurde diese Möglichkeit während des Krieges beobachtet. Seelische Überlastung zusammen mit veränderten klimatischen Verhältnissen, mässigen hygienischen Massnahmen waren auslösende Faktoren. HARRIS beschreibt einen Fall eines Matrosen bei dem es auf psychischer Basis - Furcht vor Homosexualität - zu einer Hyperhidrosis mit sekundär aufgepflanzter Epidermophytia kam, die wegen ersterer wiederum therapieresistent war.

Auch KLABER ist der Meinung, dass seelischer Druck einen physiologischen Effekt auf die Schweißdrüsen ausübt. So ist es nicht verwunderlich, dass so viele Menschen mit Hyperhidrosis behaftet sind. WRIGHT schliesst sich dieser Auffassung ebenfalls an.

Bei der milderen Form der Hyperhidrosis genügt gewöhnlich eine dermatologische Behandlung, manchmal kann die Therapie aber ein rein psychiatrisches Problem sein. Bei stärkeren Formen, besonders wenn sie mit therapieresistenten Komplikationen verbunden sind, soll auf alle Fälle eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden (ENGLISH). Hierbei gewinnt die ganze Persönlichkeit des Patienten ungeheuer; verliert ein Patient die Hyperhidrosis, gewinnt er enorm an Selbstsicherheit. Der Aufwand an Zeit und Geld lohnt sich hier in jedem Fall.

3. Bromidrosis

Man versteht darunter die vermehrte Absonderung übelriechenden Schweißes. Man macht für den abstossenden Geruch verschiedene Faktoren, wie das Sekret der apokrinen Drüsen, Zersetzung von Sebumen und Bakterien verantwortlich. In der Tierwelt dient der Geruch dazu das andere Geschlecht an sich zu locken. Zweifellos dient er beim Menschen dem selben Zweck, er soll die sexuelle Erregbarkeit des Partners ansprechen. Dies wurde im Rahmen psychoanalytischer Beobachtungen bei einer grossen Zahl von Patienten demonstriert (RADO und OBERMAYER).

III. DERMATOSEN BEI DENEN PSYCHISCHE FAKTOREN GEWÖHNLICH EINE BEDEUTENDE ROLLE SPIELEN

1. Pruritus

Das Wort Pruritus kommt vom lateinischen Zeitwort prurire das bedeutet "jucken" und ist eine Empfindung die den Betroffenen zum Kratzen zwingt. Dermatologen, Psychiater und Gynäkologen sind sich nicht einig ob Pruritus ein Symptom, ein Syndrom oder eine Krankheit ist. In den meisten

Fällen kommt er lokal vor, kann aber auch generalisiert sein (Pruritus ani, vulvae, scroti etc.). Obwohl der genaue Mechanismus des Juckens bis heute noch nicht geklärt ist, nimmt man an es handle sich um Oedeme oder chemikalische Stimuli welche die Umgebung der schmerzleitenden Nervenendigungen reizen. Man unterscheidet eine primäre und sekundäre Form. Bei ersterer handelt es sich nur um ein Symptom, den Juckreiz, wobei es ausser den Kratzeffekten zu keinen Hautveränderungen kommt. Der sekundäre Pruritus ist ein Begleitsymptom vieler Dermatosen, die meistens entzündlichen Charakter haben. Der primäre Pruritus ist meistens psychisch bedingt. Der sekundäre Pruritus kann nach KLAUDER nach Abheilung der eigentlichen Dermatoase ebenfalls psychisch fixiert bleiben.

Suggestion und Autosuggestion spielen beim Juckreiz eine grosse Rolle. Um die psychogene Ursache des Pruritus nachzuweisen, rief SACK bei einem Patienten, dessen Finger lokal anästhesiert war, durch hypnotische Suggestion einen Juckreiz des Fingers hervor. Dieses Phänomen kann nur als eine zentrale Projektion erklärt werden, da der anästhesierte Patient einem Patienten mit Paraplegie oder einem Amputierten gleicht, bei dem manchmal Empfindungen des fehlenden Gliedes auftreten.

Nach KLAUDER ist das Begehren zu kratzen contagiös, und ein psychischer Eindruck allein kann genügen das Empfinden des Juckreizes hervorzurufen. Das beweist z.B. das Empfinden von Juckreiz beim Beobachten eines Kratzenden, oder beim Erwähnen von Worten wie Laus, Wanze etc. Pruritus kann auch ein Ausdruck einer Überanstrengung, geistiger Konflikte oder einer Angstneurose sein.

Viele Autoren sehen in der Empfindung und der Befriedigung des Juckreizes - nicht nur im Genitalbereich - eine Beziehung zur Lust, zur sexuellen Hingabe. Schon DEMOCRITUS von ABDERA schrieb im 5. Jahrhundert v. Christus: "Das Kratzen beim Jucken schafft eine Empfindung der Lust, welche zum Orgasmus führen kann". Als einziger Autor meint KLAUDER, dass viele den Zusammenhang überbewerten.

Der Pruritus senilis ist häufig ein psychoneurotisches Symptom. Das Jucken wird bei Vielen zur Besessenheit, und setzt meist ganz plötzlich ein.

LYNCH beschreibt den Zusammenhang zwischen Pruritus und geistiger Spannung. Die Meinungen weichen bezüglich der Reihenfolge vonein-

ander ab. Die fraglichen Faktoren sind oft im sexuellen Bereich zu suchen. So werden zerstörte Ehen, unbefriedigter Geschlechtstrieb, Frigidität, Nymphomanie, Masturbation, Onanie etc. angeführt. Kratzen kann auch als Substitution eines sadistischen Aktes gelten. Bei echten Geisteskranken hat LYNCH nur sehr selten Pruritus beobachtet. Er schliesst daraus, dass somatische Funktionen der funktionellen Störungen in umgekehrtem Verhältnis zu tiefen seelischen Erkrankungen stehen, eine Meinung die allgemein nicht vertreten wird. An einem umfangreichen Krankengut mit Pruritus vulvae wurde die Beobachtung gemacht, dass bei Patientinnen bei denen psychische Faktoren im Vordergrund standen die Labien trocken, papulär und verdickt waren, was als Beweis tief verwurzelten geistigen Konflikts zu werten ist. Die Psychoanalyse bestätigte diese Auffassung in jedem Fall.

OBERMAYER und ENGLISH suchen die Ursache des Pruritus hauptsächlich im Sexualbereich, wobei sie den Schwerpunkt in der Befriedigung sehen die den Patienten beim Kratzen erfüllt.

Allgemein stimmt man also überein, dass alle Fälle von Pruritus, bei denen man keine klare Ursache finden kann, psychisch bedingt sind. (O'DONOVAN, INGRAM, SHAPIRO, ROTHMAN, MACALPINE). Obwohl noch viele Fragen über die Genese des Juckreizes offen stehen, weiss man, dass man zunächst immer verpflichtet ist, nach organischen Ursachen, wie Obstipation, Haemorrhoiden, sexuellen Störungen, Diabetes und malignen Tumoren zu fahnden. SULZBERGER und ZEIDENS betonen Epidermophytie und medikamentöse Allergie als besonders häufige Ursache.

Fand sich eine organische Genese des Pruritus, ist eine entsprechende klinische Therapie selbstverständlich. Bei allen anderen Fällen ist eine kombinierte dermatologische und psychotherapeutische Behandlung angezeigt (SWEET). Daneben ist eine allgemeine Sedierung des Patienten von grossem Wert. Nach SWEET bringt oft allein schon die Mitteilung, dass seine Beschwerden psychischer Natur sind, dem Patienten Erleichterung. Es ist sehr wichtig, den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, das Kratzen einzustellen. OBERMAYER meint allerdings, die Forderung sei ebenso zum Scheitern verurteilt, wie die an den Alkoholiker, den Wunsch aufzugeben, Alkohol zu begehren. KELMAN, FIELD und CORMIA stellen ebenfalls die psychotherapeutische Behandlung beim Pruritus heraus.

2. Neurodermitis

Der Begriff Neurodermitis, als spezifische, chronische, ekzematoide Erkrankung hat sich nach und nach aus der ersten Beschreibung dieses Zustandes von BESNIER (1892) entwickelt. Unter dem Namen Prurigo diathésique beschrieb er sie als eine Hauterkrankung, die gewöhnlich im Kindes-, gelegentlich im Erwachsenenalter begann und deren Hauptsymptom plötzlich auftretender intensiver Juckreiz war. Ausser einigen Spontanheilungen sei die Erkrankung unheilbar. Häufig rezidivierend stehe sie im Zusammenhang mit Asthma im Wechsel. Seit BESNIER's klassischer Beschreibung wurde diese Dermatoze unter verschiedenen Namen bekannt: allergisches Ekzem, generalisierte Neurodermitis, infantiles Ekzem, Ekzema pruriginosum, Besnier Prurigo, Ekzem-Asthma - Heuschnupfen Komplex nach Stokes oder Asthma - Ekzem Prurigo Syndrom etc. Bis heute sind sich die Forscher nicht einig wie die Erkrankung eigentlich genannt werden soll. Die meisten Forscher der angelsächsischen Länder bezeichnen sie als Neuro- bzw. Atopic - Dermatitis. Neurodermatitis ist durch eine Gruppe von Hautsymptomen gekennzeichnet, deren bedeutenste die Lichenifikation ist. Die häufigsten Lokalisationen sind an Nacken, Ellenbeugen, Kniekehlen und Gesicht. Gelegentlich können auch alle anderen Körperteile befallen sein. Meist empfindet der Patient einen Juckreiz ehe die Laesionen auftreten - ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment, da bei den meisten anderen Hauterkrankungen der Mechanismus entgegengesetzt ist.

HILL und SULZBERGER beschrieben das klinische Bild der Erkrankung. Sie unterscheiden drei Stadien. Das Ekzem im Säuglingsalter oder infantiles Ekzem, Ekzem des Kindesalter und das des Erwachsenenalter.

ROSENTHAL berichtet über psychosomatische Studien am infantilen Ekzem. Er stellt die Behauptung auf, dass disponierte Säuglinge bei ungenügendem physikalischen Kontakt mit der Mutter, d.h. Berührung durch Streicheln etc. von Ekzem befallen werden. SPITZ schliesst sich dieser Auffassung an. Sein Krankengut waren Säuglinge zwischen 6 und 12 Monaten, die von der Mutter getrennt in Waisenhäusern lebten, was notwendigerweise eine Minderung der für das einzelne Kind aufgebrachten Liebe und Aufmerksamkeit bedeutet. Bekanntermassen lassen sich weinende Säuglinge meist durch Änderung ihrer Lage, z.B. durch Herum-

tragen beruhigen. Das Kind mag aus verschiedenen Gründen weinen, immer ist es aber als Bitte an die Mutter gerichtet eine "Unbequemlichkeit" zu ändern. SPITZ folgert nun aus einem Nichtbeachten des kindlichen Weinens durch die Mutter eine mangelnde, ja geradezu ungenügende seelisch-körperliche Betreuung des Säuglings. Nicht immer entspringt dieser Konflikt aus mangelnder Mutterliebe, Krankheit, erneute Schwangerschaft etc. können Ursachen sein. ROSENTHAL testete durch entsprechend unauffällige Fragen 25 Mütter von an Ekzem erkrankten Säuglingen. Als Kontrollkrankengut dienten Säuglinge aus der gleichen Klinik, die an angeborenen Defekten, Infektionskrankheiten etc. erkrankt waren, bei denen also eine psychische Komponente in der Genese ausgeschlossen werden konnte. Die Fragestellung war letztlich: "Beruhigen sie ihr weinendes Kind oder halten sie dies für unnötig". Das Ergebnis war folgendes:

	beim Weinen beruhigt		nicht beruhigt
	<u>plus</u>	<u>plus/minus</u>	<u>minus</u>
Ekzem	12 %	28 %	60 %
Kontrollgut	66,6 %	16,6 %	16,6 %

Diese Statistik zeigt also, dass die ekzematösen Säuglinge viel seltener beruhigt wurden als die anderen.

ROSENTHAL erwähnt zur Erhärtung seiner Behauptung noch zwei weitere Fälle. Trotz schwierigster äußerer Verhältnisse schenkte die eine Mutter ihrem Kind viel zärtliche Aufmerksamkeit. Das Kind war ein guter Ge-
deihler ohne irgendein krankhaftes Symptom. Seine Haut war rein. Dagegen führt er ein Kind aus besten finanziellen Verhältnissen an, wo die Mutter aus Furcht vor Erziehungsfehlern das kleine Geschöpf oft stundenlang unberuhigt weinen liess; der Säugling erkrankte an Ekzem.

Man soll den Müttern also klar machen, dass es für die Säuglinge desto besser ist, je mehr Aufmerksamkeit sie ihnen schenken; dies gilt für die ersten neun Monate. Besonders wenn Ehemänner kein Verständnis aufbringen, fühlen Mütter manchmal die Verantwortung ihrer Mutterschaft erdrückend auf sich lasten. Sind die Mütter ganz einfach körperlich zu wenig leistungsfähig, sollte man ihnen auf jeden Fall, trotz finanzieller Opfer zu einer Hausgehilfin raten. Sitzen die Konflikte tiefer, mag man sie dem Psychiater übergeben.

WILLIAMS macht beim Ekzem des Kindesalters ähnliche Beobachtungen. Die Kinder standen durchweg vor dem Problem, von ihren eigenen Müttern zurückgewiesen zu werden. Die Zuneigung der Mutter zum Kinde fehlte. WILLIAMS teilte ein Krankengut von 59 Patienten therapeutisch in zwei Gruppen ein. Die einen behandelte er hauptsächlich durch die "seelische Einstellung der Mütter" bei minimaler symptomatischer Therapie. Die anderen wurden rein symptomatisch behandelt, d.h. Allergene wurden beseitigt, Steinkohlenteer und vereinzelt Röntgenstrahlen appliziert. Nach 24 Monaten wurden die Erfolge der Therapie der beiden Gruppen verglichen. In der 1. Gruppe waren 15 Kinder symptomlos, also 45 %, bei 15 hatte sich der Zustand sehr gebessert und nur 3 blieben unverändert. In der symptomatisch behandelten Gruppe waren nur 2 Kinder symptomlos geworden, bei 14 besserte sich der Zustand; 4 blieben unverändert. Da sich die psychologische Behandlung im Verhältnis zu der rein symptomatischen als so viel erfolgreicher erwies, soll sie hier etwas ausführlicher beschrieben werden. Jedes Kind wurde untersucht und eine Anamnese aufgenommen. Danach wurden die Kinder öfter einbestellt. Man gab sich keine Mühe, potentielle Allergene - durch Diät oder Umgebung - zu kontrollieren. Die Haut wurde 1 x täglich mit Seifenwasser gewaschen. Sedativa, Steinkohlenteer oder Röntgenstrahlen wurden nicht angewandt. Lediglich gelegentlich Zinkoxyd-Salbe und bei Sekundärinfektionen 2 %-ige Quecksilbersalbe. Anschliessend bestellte man die Mutter des Patienten und unterhielt sich mit ihr über Folgendes:

1. Die Bedeutung der grundlegenden Emotionen oder der seelischen Liebe für die Gesundheit des Kindes, besonders des Neurodermitikers. Die Mutterliebe beginnt mit der Geburt des Kindes und findet ihren Ausdruck durch die intime Art der Brusternährung. Wird das Kind älter, soll der Ausdruck dieser Affektion durch tägliche Liebkosung, Streicheln und Hände-halten ersetzt werden. Mutterliebe kommt auch indirekt durch Geduld und Verständnis im täglichen Leben mit dem Kinde zum Ausdruck.
2. Erklärt man, was geschieht, wenn man die Liebe gegenüber dem Kinde nicht zeigt. Das Kind bekommt Angst, fühlt sich elend und verlassen, was sich in Form von Neurodermitis und Feindseligkeit gegenüber der Mutter manifestiert. Diese Erscheinungen regen die Mütter auf; sie zeigen noch weniger Geduld und Liebe, sodass sich ein Circulus vitiosus entwickelt, welcher den Zustand verschlimmert.
3. Muss die Mutter den Glückszustand kultivieren. Um das zu erreichen, muss sie gesund und ausgeruht sein. Sie soll ein angenehmes Verhältnis

zum Ehepartner schaffen. Streiten in Anwesenheit des Kindes ist nicht erlaubt. Sie soll das Kind täglich lieblosen und ihm angenehme Worte zuflüstern. Sie muss vor dem Schlafen einige Minuten bei ihm weilen, das ist das beste Sedativum für ein Kind. Unnötige Strafen oder strenge Disziplinen sollen vermieden werden. Befehle oder Drohungen, wie z.B. "Nein, Du darfst nicht" oder "Du bist mir im Wege" etc. sollen unterbleiben.

Fortlaufende Betreuung der Mütter sowie gelegentliches Einbestellen der Väter waren die Regel. Nach 24 Monaten sah man den Erfolg. Ausser den charakteristischen Merkmalen der mangelnden Mutterliebe war für diese Kinder ein ruheloses und widerspenstiges Wesen kennzeichnend. Bei einem starken Willen waren sie äusserst intelligent. Ferner waren sie ausserordentlich liebebedürftig und gerieten in Angst und Feindseligkeit, wenn sie sich unverstanden fühlten. Auch MILLER, BARUCH, BECKER, SPITZ u.a. beobachteten diese Eigenschaften bei neurodermischen Kindern. Auch sie betonen die Wichtigkeit der Mutter-Kind-Beziehung. WALSCH und KIERLAND bezeichnen die Neurodermitis des Erwachsenen als eine Entfaltung des kindlichen Ekzems. Bei diesen Patienten sind in der familiären und in der eigenen Anamnese oft allergische Komponenten anzutreffen. Der Zustand recidiviert sehr häufig und der Reiz zur Neuentfaltung wird durch seelischen Druck und Belastung beschleunigt. PEARSON schliesst sich dieser Meinung an.

Empirisch wollen WALSCH und KIERLAND die allergische Komponente d.h. den Zusammenhang mit Asthma, Heuschnupfen etc. nicht so sehr in den Vordergrund gestellt wissen, zumindest überwiegt nach ihrer Meinung der psychologische Faktor, welcher als "Trigger-Mechanismus" den Patienten durch die Schwelle der Reaktivität in den Bereich der klinischen Symptome zwingt, die letztlich auf psychologische Therapie ansprechen. Die Haut wird als Ausdrucksorgan starker, unbewusster Konflikte benützt, welche auf exhibitionistische Tendenzen, wie auch auf vereiteltes Begehren nach Liebe zurückzuführen sind. Kratzen und Excorieren bedeuten Selbstbestrafung, aus einem Schuldgefühl heraus, das durch Feindseligkeit entspringt. Nach den beiden Autoren geht mehr oder minder jeder Neurodermitis im Erwachsenenalter ein unmittelbares psychisches Trauma voraus. Nach KEPECS, RABIN und ROBIN ist der Zusammenhang der allergischen Komponente in Bezug auf die Ätiologie der Neurodermitis sehr zweifelhaft. Die wirkliche Reproduktion der Neurodermitis

in ihrer kennzeichnenden Form ist bis heute mittels der verschiedenen Allergene nicht nachgewiesen worden. Die Rolle der konstitutionellen und vererbbaaren Faktoren konnte in der Entstehung der Erkrankung durch die moderne Theorie allergischen und psychischer Genese nicht eindeutig ausgeschlossen werden.

GREENHILL, FINESINGER und KEPECS erfassten 32 Fälle von Neurodermitikern durch Fragebogen. Als Kontrolle dienten Patienten mit Erythematodes, Psychoneurotiker und Gesunde. Die Untersuchungen ergaben, dass bei den Neurodermitikern feindselige Gefühle viel häufiger als bei den Kontrollpersonen vorhanden waren. Die Bosheit und das beherrschte Gefühl der Bosheit verschlimmerte ihre Haut-Symptome. MILLER erfasste drei Neurodermitiker psychoanalytisch. Masochistische Selbstabsorption und sexuelle Konflikte drückten ihre Spannung durch Hautmanipulationen aus. Exhibitionismus war ein bedeutendes Merkmal.

Bei einem Studium von 20 Neurodermitikern, 16 weiblichen und 4 männlichen im Alter von 18 bis 38 Jahren sind CEPECS, RABIN und Mitarbeiter zu folgendem Ergebnis gekommen: Die Patienten konnten klinisch in zwei Gruppen geteilt werden, eine emotionell-labile (hysterische) Gruppe und eine "Zwangsgruppe". Eine gleichzeitige Testung durch den Rorschach-Test ergab unabhängig das gleiche Resultat. Die klinischen Kriterien, welche zu dieser Einteilung führten, sind folgende: Die emotionell-labile (hysterische) Gruppe neigt dazu, ihre fundamentale Psychodynamik beim ersten Interview aufzuzeigen. Sie offenbart eine charakteristischen Odipus-Komplex, der sehr oberflächlich liegt und bemerkenswerte Feindseligkeiten zeigt. Sie ist mit Ausnahmen leicht hypnotisierbar, sie zeigt starke sexuelle Triebe, besonders im Bezug auf Libido und Aggression, die sie zum Ausdruck bringen will. Ihre Dermatitis ist mehr chronisch.

Die Zwangsgruppe offenbart das Wesen ihrer Konflikte nicht leicht. Ihre Haltung ist hauptsächlich verteidigend und nicht aggressiv. Sie ist mit Ausnahmen schlecht hypnotisierbar. Sie verbirgt ihre Gefühle; die Patienten sind für längere Zeit symptomfrei.

Folgende Merkmale stehen sich also gegenüber:

A. Hysterische Gruppe.

1. Grosse Zahl von Antworten, die ungenau sind.
2. Niedriger Stereotypus.
3. Besonders starke Reaktion auf farbige Karten.
4. Egozentrische Affektionen überwiegen.

B. Die Zwangsgruppe.

1. Gleiche Zahl von Antworten, übermässige Genauigkeit der Begriffe.
2. Übermässige stereotypische Fähigkeiten.
3. Unberührtheit oder sehr gut beherrschte Reaktionen auf Farben.

14 Patienten zeigten klinisch überwiegend hysterische Merkmale.

5 gehörten hauptsächlich der Zwangsgruppe an und 1 war neutral.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist kein absoluter. Obwohl CEPECS und Mitarbeiter fanden, dass die hysterische Gruppe überwiegt glauben GREENHILL und FINESINGER, DEUTSCH und NADEL, WALSCH und KIERLAND, dass die Mehrheit der Neurodermitiker zur Zwangsgruppe gehört. Der hysterischen Gruppe gehören hauptsächlich Mädchen von etwa 16 bis 25 Jahren an. Die hysterische Gruppe neigt mehr zu chronischen Erkrankungen als die Zwangsgruppe. So waren z.B. 12 von 13 Hysterikern ihr ganzes Leben von Ekzem befallen, während 5 Patienten der Zwangsgruppe mehr oder weniger lange Zeit symptomfrei waren.

KEPECS, LYNCH, GREENHILL und FINESINGER erklären, dass das weibliche Geschlecht häufiger von Neurodermitis befallen sei. MITCHEL, CURRAN und MEYERS geben an, dass in den ersten 10 Lebensjahren die Neurodermitis zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht gleichmässig verteilt ist, während vom 10. bis zum 29. Lebensjahr die Frauen viel häufiger befallen sind. WALSCH und KIERLANDS Untersuchungen zeigten gegenteilige Resultate. Wie schon erwähnt, ist das gestörte Mutter-Kind-Verhältnis die häufigste psychologische Grundlage der Neurodermitis. Daneben erwähnt KEPECS die Bedeutung sexueller Konflikte. Von 15 Patientinnen waren 9 verheiratet, nur 3 von diesen gaben an, mit ihren Männern in einem einigermaßen zufriedenen Verhältnis zu leben. Alle drei gehörten der Zwangsgruppe an. Eine der Patientinnen war zweimal mit dem selben Mann verheiratet und bekam ihren Hautausschlag jeweils einen Monat nach der Hochzeit. Ihr Gatte war verhältnismässig impotent, sie selbst war fähig, einen clitorischen Orgasmus zu empfinden. Eine andere träumte häufig, dass sie von ihrem Gatten getrennt mit ihren Freundinnen zusammen wäre und ihren Ehemann zum Bett hinauswürfe. Eine weitere lebte von ihrem trunksüchtigen Manne getrennt, die vierte war zweimal geschieden. Die fünfte verabscheute, ein Verhältnis mit ihrem Mann zu haben, der Alkoholiker war und an Ejakulatio praecox litt. Nach dem sexuellen Kontakt entspannte sie sich, indem sie durch Kratzen die Befriedigung erlebte. Die letzte Patientin liess sich scheiden, da ihr Gatte, der sie missbrauchte, ihrem Vater ähnelte.

Als weiteres Beispiel beschreibt KEPECS eine zweimal verheiratete und zweimal geschiedene Frau. Das erste Mal heiratete sie, um ihre Mutter zu kränken, die sie ohne Grund wegen eines sexuellen Verhältnisses anklagte. Nach dem ersten Kind begann sie zu trinken, schliesslich heiratete sie einen anderen Mann, der sie sehr missbrauchte und von dem sie sich deshalb wieder scheiden liess. Nach der ersten Heirat, die sie ja, um ihre Mutter zu kränken, vorgenommen hatte, beschäftigte sie sich viel mit ihrer Mutter, um sie zu besänftigen. Nach deren Tode übernahm die ältere Schwester die Mutterrolle. Das Motto der Patientin war: "Ich streite mit meinem Mann, lebe eine Weile mit meiner Schwester und kehre dann zum Mann zurück". KEPECS erschienen einige dieser Fälle masochistisch.

Auch die unverheirateten Patientinnen zeigten grosse Konflikte in ihrem Verhältnis zu Männern. Beispiel: Miss K. sagte: "Ich komme mit Männern sehr schlecht aus; wenn ich mit meinem Verehrer allein bin, denke ich, er würde mir etwas antun. Als ich einmal mit ihm spazieren ging, fürchtete ich mich so sehr vor der eventuellen Frage, ob ich ihn heiraten wolle, dass ich mit ihm zu streiten begann und unsere Freundschaft zerstörte." Nach KEPECS wird solch eine Patientin aufgeregt, ängstlich und böse wenn sie verliebt ist. Sie denkt, dass sie von ihrem Partner so viel Liebe erwarte, dass sie bestimmt enttäuscht würde. Sie fürchtet, der Freund könne wegen ihres Ausschlages einmal aufhören, sie zu lieben. Es sind gute Verhältnisse zwischen Invaliden und solchen Mädchen beschrieben.

Neben dem gestörten Mutter - Kindverhältnis und den sexuellen Konflikten ist die Homosexualität von Bedeutung für die Genese der Neurodermitis. Man findet neben starker Triebhaftigkeit alle Grade von Sexualität. Die oben erwähnte Zwangsgruppe war angepasster, bestehende Spannungen waren auf ihre verantwortliche Arbeit zurückzuführen.

Juckreiz und Kratzen sind Manifestationen der "Bosheit" gegen die Konfliktstoffe. Der Patient fühlt sich schuldig und bringt die Angst masochistisch durch selbstvernichtendes Kratzen zum Ausdruck. Gewöhnlich sind sich die Patienten zwar feindseliger Gefühle bewusst, letztlich brachten aber immer Traumanalysen und Rorschachtest die in Wirklichkeit meistens viel stärkere Feindseligkeit zum Ausdruck. Objektiv gesehen schießen die Patienten oft schüchtern und schamhaft. Oberflächlich betrachtet erscheinen sie gesellschaftsfähig, sind starr in ihrem Ehrgeiz, zeigen heftige Zwangsneigung und haben ein ausserordentlich gutes Benehmen. Fer-

ner neigen sie zu Abhängigkeit mit starkem Unsicherheitsgefühl. Infolgedessen behalten sie ihre Sorgen für sich und tragen sie grollend mit sich herum. In dieser Abhängigkeit können liebende und hassende Empfindungen gegenüber der Mutter beobachtet werden; dieses Merkmal treffen wir ausnahmslos. In Gegenwart dieser Faktoren scheint eine echte Umwandlungsreaktion zu geschehen, wobei die Haut zum Fixationspunkt wird. Die Funktion der Haut wird als Ausführungsmechanismus benützt, der Patient kratzt und verstärkt die Laesionen auf einer sado-masochistischen Basis. Dieser Umwandlungsmechanismus dient zwei Zwecken: Der neurotischen Anpassung und der Fortsetzung der Hautkrankheit, die Befriedigung, Aufmerksamkeit und damit sekundären Nutzen bringen. Dieser "Nutzen" führt zur Erhaltung der Hautlaesionen und zur Hinderung der Heilung.

HALL und SMITH untersuchten 150 Patienten mit verschiedenen Hauterkrankungen unter folgenden Gesichtspunkten:

- a. Wie viele zeigen anormale persönliche Merkmale und beziehen ihre Erkrankungen auf seelischen Druck und Spannung?
- b. Wie viele sind anormale Persönlichkeiten ohne dabei selbst Nervosität bzw. seelische Spannung als Grund der Erkrankung anzugeben?
- c. Wie viele sind normale Persönlichkeiten und erkrankten ohne seelischen Druck etc.?

Das Resultat dieser Untersuchung ergab, dass 78,5 % zur Gruppe a. und b. gehörten. Darunter waren 19 Neurodermitiker, wovon also keiner in Gruppe c. eingereiht wurde. Von diesen gehörten 10 der Gruppe a. und 9 der Gruppe b. an; d. h., dass bei allen Neurodermitikern der seelische Faktor eine sehr bedeutende Rolle spielt. Sie wurden als ängstlich und besessen, einige als sehr hilflos, unreif und hysterisch beschrieben. Als Beispiel sei hier ein Fall erwähnt. Ein 62-jähriger, dessen Neurodermitis sich hauptsächlich an den Händen lokalisierte, war starr, dogmatisch, und peinlich genau, sehr stolz und würdig. Er litt gleichzeitig an einem Ulcus duodeni. Als Kind sehr arm, hatte er eine sehr streng religiöse Erziehung genossen und liebte ruhige, routinemässige Arbeit. Er war ohne Ausbildung. Als weiterer Fall sei der eines 38-jährigen angeführt, der seit Jahren an einer Gastritis litt. Als diese verschwand, trat Neurodermitis auf. Er hatte gleichzeitig Schmerzen im Hoden und fühlte sich wegen eines Verhältnisses mit einer Französin während der Militärzeit schuldig. Er war ein Einzelkind. Seine Eltern leb-

ten getrennt und liessen sich später scheiden. Er meldete sich freiwillig in die Armee. Als seelische Belastung gab er eine Verwundung, eine Erkrankung und eine Fehlgeburt seiner Frau an.

Nicht alle Neurodermitiker bedürfen einer psychiatrischen Behandlung. Die meisten Patienten können erfolgreich von einem Dermatologen behandelt werden, der die Probleme der Patienten mit Sympathie, Verständnis und Takt betrachtet, der sich Mühe gibt, die grundlegenden psychodynamischen Prinzipien und Methoden der oberflächlichen kleinen Psychotherapie zu erwerben und sie zur gegebenen Zeit anwendet. (WALSCH und KIERLAND). Auch GOTTESMAN und MENNINGER - berühmte Psychiater - äussern sich, dass eine kombinierte medizinische und psychologische Therapie in den meisten Fällen dem Dermatologen selbst zu überlassen sei. Sehr oft sagt der Dermatologe aber dem mit Kummer belasteten Patienten ohne weitere Erklärung, dass die Ursache seiner Erkrankung im seelischen Bereich liege. Der Patient bekommt so den Eindruck, dass sein Zustand hoffnungslos ist, von dem er nie erlöst werden kann. Es ist also von grösster Bedeutung, wie MICHELSON sagt, den ganzen Patienten zu behandeln und nicht nur die Neurodermitis. Dabei soll man keinen Augenblick vergessen, dass der wichtigste aller Faktoren des therapeutischen Vorganges das seelische Arzt-Patient-Erlebnis ist. In der intensiven Psychotherapie ist dieses Verhältnis das Hauptthema der Diskussion. Bei der weniger intensiven, häufiger vorkommenden Form der Behandlung überwiegt dieses Verhältnis zwar auch die Therapie, steht aber nur selten oder überhaupt nicht zur Debatte. Auch bei Patienten, bei denen keine Psychotherapie angewandt wird, hängt der Therapieerfolg in grossem Masse von der seelischen Einstellung des Arztes gegenüber dem Patienten ab. Daher ist es nötig, dass der Arzt sich jederzeit dieses Verhältnisses bewusst ist, wenn er den Kurs der Behandlung führen und voraussagen will. Man soll sich daneben immer bewusst bleiben, dass für viele Patienten die Medikation ein dringender Teil der Behandlung ist. Die medikamentöse Hilfe, die von dem Patienten oft als etwas Zaubenhaftes betrachtet wird, ist sehr effektiv. Bei manchen Patienten ist die Zusage, dass sie gründlich untersucht wurden, schon sehr wichtig. In anderen Fällen ist es nötig, die Umgebung zu verändern und unbewusste Konflikte ganz oder wenigstens teilweise nach aussen zu bringen. Manches Mal ist es schwierig, sich günstigen Kontakt mit den Patienten zu verschaffen. Viele Patienten mit chronischer Neurodermitis sind in einem circulus

vitiosus von emotioneller Störung, Pruritus, Dermatitis, Kratzen und Excoriation der Haut befangen. Seelische Depression, gewöhnlich reaktiver Natur kommt nicht selten vor, die die Patienten so lange unbeeinflussbar für jede Therapie, ausser der oberflächlichen Psychotherapie macht, bis sich die Hautreaktion etwas gebessert hat. Erst dann ist weitere Psychotherapie möglich. In seltenen Fällen ist die Depression so tief, dass Elektroschock notwendig ist, um eine Erleichterung herbeizurufen.

Man muss zwischen Patienten entscheiden, bei denen die "kleine Psychotherapie" und solchen, bei denen die "grosse Psychotherapie" das Mittel der Wahl ist. Letztere muss einem fähigen Spezialisten überlassen bleiben, genau wie etwa ein chirurgischer Eingriff. Im Allgemeinen sind die Methoden der kleinen wie auch der grossen Psychotherapie geeignet, um ihm zu helfen, die ungelösten Konflikte zu überwinden. Um das zu erreichen, soll man den Patienten genau über seine Krankheit informieren, damit er, zusammen mit dem Arzt, seine Ängstlichkeit bekämpfen kann. Es ist wichtig zu wissen, dass Zusicherung allein bei vielen Patienten keine sehr erfolgreiche Methode der Psychotherapie ist. Es ist eine oberflächliche Methode, welche nur die sekundären Ängstlichkeiten und Konflikte berührt, nicht aber die tiefen, welche die eigentliche Grundlage für die seelische Krankheit sind. Die meisten kleinen psychotherapeutischen Methoden sind im allgemeinen gegen die Unterdrückung der tieferen Ängstlichkeiten gerichtet, während man bei der grossen Psychotherapie versucht, die ursprünglichen Ängstlichkeiten zu entblößen und dann Zusicherungen über sie zu machen.

Im Allgemeinen ist es gut, folgendermassen vorzugehen: Zu Beginn wird der Patient ermutigt, über sich selbst, im Zusammenhang mit seiner Familie, Arbeit, Umgebung, seinen Ehrgeiz, sein finanzielles Einkommen, seine Schulden, Misserfolge, sein Steckenpferd und seine sonstige Aktivität zu diskutieren. Man soll ihn unterrichten, dass er einer Störung unterliegt, die man Neurodermitis nennt. Dies sei keine eingebildete, sondern eine bekannte, öfters vorkommende Krankheit, die durch Erschöpfung, zu viel Arbeit und verschiedene Formen von Druck und seelischer Spannung begünstigt wird. Man soll dem Patienten erklären, dass der menschliche Organismus sehr verschieden auf seelische Unruhen reagiert und diese auf verschiedene Organe "verlagert" werden können, welche dann gegen physikalische und emotionelle Ein-

flüsse äusserst empfindlich werden. Ferner soll eine kurze Erklärung über die Funktion des willkürlichen und des unwillkürlichen Nervensystems gegeben werden und wie seelische Einflüsse sich körperlich ausdrücken können. Beispiele sind zu erwähnen, wie der Effekt von Emotionen auf den gastrointestinalen Tractus, den Heizschlag, die Dilatation und die Konstriktion der Hautgefässe usw. Der Patient ist dann informiert, dass aufgespeicherter Ärger - der von seelischen Konflikten stammt - auch auf diese Organe mittels des autonomen Nervensystems einwirken kann, und dass bei jeder Person ein spezifisches Organ bevorzugt wird, welches am empfindlichsten bzw. am anfälligsten ist. Auf diese Weise wird dem Patienten der Zusammenhang zwischen seelischen Einflüssen und konkreten somatischen Symptomen verständlich. Darauf soll man dem Patienten sagen, dass seine verbrauchbare Energie beschränkt ist, und seine Haut dazu neigt, bei uneingeschränktem Verbrauch dieser Energie, sich krankhaft zu äussern. Ferner ist zu erwähnen, dass grosse Teile seiner Energie für die Beherrschung der seelischen Konflikte benutzt wird und deswegen weniger für die Anforderungen des täglichen Lebens übrig bleibt; wird das Energiepotential überschritten, erscheinen die bekannten Symptome der Neurodermitis. Man soll dem Patienten auch sagen, dass andere Faktoren, wie allergische und klimatische, gelegentlich eine bedeutende Rolle spielen, dass aber die rein anti-allergische Behandlung nur selten die gewünschten Erfolge bringt. In der kleinen Psychotherapie kann auch beschränkt die Suggestionsbehandlung angewandt werden. Sehr zweckmässig ist die Erzielung einer guten "Tagesroutine", Beschäftigung mit einem Hobby und gleichzeitige dermatologische Behandlung. Die individuelle Kombination aller Methoden ist immer notwendig. Bei gewissen Patienten ist das Geständnis und die Erörterung des Konfliktes mit grosser Vorsicht zu beurteilen; der Patient muss seine Probleme in Worte ausdrücken, die ihm geläufig sind, damit sich bestimmte Gefühle bzw. Meinungen, die für seine Krankheit verantwortlich sind, offenbaren.

Der Arzt, der ihn zu solchen Geständnissen und Erörterungen ermutigt, muss sich bewusst sein, dass durch eine zu schnelle und zu frühe Erörterung ein Aufflackern der Neurodermitis hervorgerufen werden kann, da der Patient noch nicht imstande ist, mit dem aufbrechenden starken Schuld- und Schamgefühl fertig zu werden. Bei gewissen Patienten kann irgend ein Thema, gegenüber welchem er sehr empfindlich ist, wie z.B.

sein Verhältnis zu der Mutter etc. ein Aufflackern der Erscheinungen hervorrufen. Das Geständnis und die Erörterung muss also allmählich geschehen. Wiederholte Aussprachen, in welchen nur Teile des Problems geklärt werden, ermöglichen weitere Entblössung ohne stürmische Hautreaktionen und schliesslich gewinnt man Einblick in das Wesen des seelischen Konfliktes.

Wie oben erwähnt, ist das Verhalten des Arztes zu dem Patienten äusserst wichtig. Im Allgemeinen soll er Berater sein. Er soll sich konstruktiv und nicht verurteilend verhalten. Ferner soll er dem Patienten zeigen, dass er sich für ihn interessiert; dabei aber keine Versprechungen machen und die Symptome nicht als Zielscheibe für Witze benützen. Bis der Patient nicht relativ sicher ist, über was der Patient unglücklich ist, soll er nicht raten. Erst dann kann man dem Patienten sagen, dass sein Unglücklichsein die Ursache für sein Symptom sein kann. Gemeinsame Klärung der Zusammenhänge darf nicht dazu führen, dass dem Arzt die Verantwortung für die Lebensführung des Patienten übertragen wird. Man muss ihm helfen, einzusehen, dass er die Verantwortung für die Veränderungen seiner Lebensart und Umgebung, welche für seine innere Ruhe notwendig sind, auf sich nehmen muss. Können diese Ziele vom Dermatologen in einer bestimmten Zeit nicht erreicht werden, so muss man psychiatrische Hilfe zuziehen.

KIERLAND gibt seinen Patienten, die an Neurodermitis leiden, folgenden Rat: Der Patient soll zunächst seine Aktivität, an der er hängt und die ihm Spass macht, fortsetzen, soll aber sofort damit aufhören, wenn er sie aus Prestige oder anderen Ursachen entwickelt. KIERLAND bringt den Patienten bei, dass ein entspannendes Verhalten, das für aktive, ehrgeizige und triebhafte Personen sehr schwierig ist die Chancen für Genesung bzw. Erleichterung des Zustandes erhöht; er empfiehlt, langsamer zu gehen, zu essen, zu sprechen, zu arbeiten und zu denken. Der Patient muss sich an die Idee gewöhnen, dass alles Schnelle für ihn schädlich ist. Gleichzeitig wird der Patient dermatologisch behandelt.

WALSCH, KIERLAND und Mitarbeiter betonen zwei Prinzipien der dermatologischen Behandlung:

1. Beginne mit der mildesten Form der örtlichen Behandlung.
 2. So lange ein Mittel wirksam ist, soll man es nicht ändern.
- Es werden milde Bäder, feuchte Umschläge, Waschungen, milde Salben,

Teerpräparate, Ultraviolett-Bestrahlungen, Sedativa, ev. Antihistaminica angegeben. "Allergische" Lebensmittel, wie Fisch, frisches Schweinefleisch, Schokolade, Nüsse, Tomaten etc. sollen dem Patienten zunächst entzogen werden und nach zwei bis drei Wochen wieder in die Diät aufgenommen werden, wobei der Effekt zu beobachten ist. Die Erfahrungen der Mayo-Klinik zeigen jedoch, dass diese Faktoren nur selten eine bemerkenswerte Hautreaktion verursachen.

3. Urticaria

Die Urticaria ist durch eine, oder gewöhnlich mehrere oedematöse, weissliche etwas erhabene Papeln gekennzeichnet die man Quaddeln nennt. Sind die Quaddeln typisch und gross, nennt man sie Riesen-Urticaria (OBERMAYER). Spielt sich der Vorgang mehr in der Tiefe der Haut ab und zeigt keine umschriebenen Quaddeln und kein oder nur wenig Erythem, so nennt man den Zustand angioneurotisches Ödem. Urticarielle Laesionen, Quaddeln oder angioneurotisches Ödem sind durch einen plötzlichen Ausfluss von Serum aus den Kapillaren in das umgebende Gewebe hervorgerufen. Ein ähnlicher Zustand kann durch Injektion von gewissen Substanzen, wie Ameisensäure, Histamin etc. erzeugt werden. Ameisensäure soll die spezifisch irritierende Substanz sein, die z.B. die Wirkung des Bienenstiches verursacht. Auch durch Hitze und psychische Reize etc. hat man Quaddeln hervorgerufen, so haben z.B. HOPKINS und Mitarbeiter folgende Versuche durchgeführt:

1. Ein Bein eines Patienten, bei dem sich durch Hitze eine Urticaria entwickelt, wurde in heisses Wasser gesteckt. Es entwickelte sich eine generalisierte Urticaria, also auch an den Körperteilen, die mit dem heissen Wasser überhaupt nicht in Berührung kamen. Quaddeln entstehen also nicht allein durch unmittelbare Hitzeeinwirkung.
2. Wird die Blutzirkulation des Beines unterbrochen und der Test wiederholt, so bilden sich an den übrigen Stellen des Körpers keine Quaddeln; stellt man die Zirkulation wieder her, entstehen Quaddeln. Dies zeigt, dass die Substanz, welche für die Quaddelbildung verantwortlich ist, auf dem Blutweg und nicht nerval fortgeleitet wird.
3. Wenn man ausser dem Bein auch einen Arm ischaemisch macht, wird er zwar quaddelfrei, jedoch erscheinen Stellen von Vasodilatation; dies deutet darauf hin, dass auch nervöse Reize fortgeleitet werden.

4. Bei allen Patienten konnte man urticarielle Anfälle mit Acetylcholin hervorrufen.

Die Resultate dieses Experimentes beweisen, dass Urticaria durch nervöse Impulse hervorgerufen werden kann, welche die Haut durch ein zentrales Zentrum erreichen. Dieses Zentrum wird wahrscheinlich durch das zu-strömende warme Blut aus der erhitzten Extremität stimuliert. Ferner kann ein seelischer Reiz die Nerven anregen, an ihren Hautendigungen Acetylcholin abzusondern und somit Quaddeln hervorzurufen. Typische urticarielle Erscheinungen sind vorübergehend; sie entwickeln sich bis zu einem Höhepunkt schnell und verschwinden dann ebenso rasch, ohne sichtbare Zeichen zu hinterlassen. Bei der chronischen Urticaria sind entweder einige Quaddeln dauernd vorhanden oder die Eruptionen treten periodisch über Monate oder Jahre auf und verschwinden jeweils spontan.

Die akute Form der Urticaria verschwindet wie gesagt von selbst; infolge dessen stellt sie kein besonderes therapeutisches Problem dar. Dagegen ist die chronische Form sehr therapieresistent, was hauptsächlich auf die Schwierigkeiten zurückzuführen ist, die ursächlichen Faktoren zu eruieren und zu beseitigen.

Nach OBERMAYER ist der seelische Spannungszustand des Patienten massgebend und soll im Zusammenhang gesehen, wenn nicht als hauptsächlichster ursächlicher Faktor sogar verstanden werden. Der seelische Zustand kann die Schwelle der allergischen Reaktion heben oder senken, z.B.: Ein Patient, der in der Urlaubszeit gewisse Lebensmittel essen konnte, bekam zu Hause urticarielle Erscheinungen, als er die gleichen Lebensmittel zu sich nahm. Der Zusammenhang zwischen Urticaria und emotionaler Spannung wurde von vielen Autoren beobachtet. Heute besteht kein Zweifel mehr, dass seelische Faktoren besonders bei der chronischen Form der Urticaria oft eine grosse Rolle spielen.

KLAUDER beschreibt einen Fall von Urticaria bei einem Zuchthäusler: Jeden Abend, wenn man ihn in seine Zelle brachte, erlitt er einen schweren Anfall. KLAUDER machte ihm den psychischen Grund für seine Urticaria-Anfälle klar: Die Angst, in die Zelle gesperrt zu werden. Der Patient wurde lediglich durch Psychotherapie völlig geheilt.

Auch nach ENGLISH ist Urticaria eine der Hauterkrankungen, bei denen seelische Faktoren bemerkt und angenommen werden. Es ist allerdings noch schwierig die seelische Richtung zu spezifizieren welche unter an-

deren Faktoren zu diesem Zustand führt. Man schloss aus einem Studium von 100 Fällen, dass die Patienten von triebhafter hochgespannter Natur waren, dass sie in allem was sie unternahmen zum Wettbewerb neigten, und dass sie dauernd ein Ziel vor Augen hatten das sie erreichen mussten, koste es was es wolle (STOKES, KULCHAR und PILLSBURY, ENGLISH).

SAUL fand, dass die spezifische Emotion bei Urticaria das Begehren nach Liebe sei, grundsätzlich der Mutterliebe. Die infantile abhängige Art des Begehrens wurde beim Scheitern dieses Verlangens durch allergische Empfindlichkeit und das Erscheinen der Symptome ausgedrückt. Die von SAUL analysierten Fälle zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen den Symptomen und dem unterdrückten Begehren besteht; also dass der Patient nicht fähig ist, das Begehren durch das Genitale zum Ausdruck zu bringen. Dieses unterdrückte Begehren zusammen mit einer hochgradigen Irritabilität der Haut, waren verantwortlich für die Urticariaanfälle. Bedenken wir, dass es viele solcher triebhafter Leute gibt, die heftig begehren ohne Urticaria zu entwickeln, dass also ein gewisser Typ den finalen Faktor darstellt der zum Symptomenkomplex Urticaria führen kann, und dass dieser Faktor behandelt werden kann, haben wir schon sehr viel für die Erleichterung der Symptome getan (ENGLISH).

Drei Fälle chronischer Urticaria die psychisch bedingt waren seien erwähnt. Sie hatten folgendes gemeinsam. In jedem Fall erschien die Urticaria plötzlich bei einem Patienten, der vorher keine allergische Manifestation zeigte; in jedem Fall wurde der urticarielle Anfall durch ein spezifisch vereitelndes Erlebnis beschleunigt. Interessant waren die Grundcharakteristiken dieser Patienten. Sie waren alle schüchtern, lebten zurückgezogen und waren leicht in Verlegenheit zu bringen; sie konnten als passiv, abhängig und als relativ unreife Individuen gekennzeichnet werden. In den ersten beiden Fällen fand man vage, verteidigende Antworten über persönliche und sexuelle Probleme, und jeder von ihnen offenbarte Unsicherheit und Unbeständigkeit. In allen Fällen wurde die Zeit die dem Anfall vorangegangen war, von den Patienten als unangenehm, unbefriedigend, unglücklich, enttäuschend beschrieben. Ferner stellten die urticariellen Laesionen in jedem Fall einen Versuch dar, sich aus einer unangenehmen Wirklichkeitssituation zurückzuziehen die Verantwortlichkeit forderte. Nach den oben genannten Beobachtungen scheint es, dass alle diese Patienten einen unreifen, abhängigen Typus darstellen, in welchem "Vereitelung" eine wichtige Rolle in der

Erscheinung der Symptome spielt. Man kann aber daraus nicht schliessen, warum gerade die Haut als Erfolgsorgan bevorzugt wird. Die Patienten neigten zum Exhibitionismus und da sich die Haut als Organ dafür sehr gut eignet, kann man den Zusammenhang verstehen. Prognostisch sind die Fälle bemerkenswert. Beim ersten Fall verschwanden die Symptome innerhalb fünf Tagen nach zwei Sprechstunden, wobei intensive Psychotherapie angewandt wurde. Der zweite Fall dauerte sieben Wochen, die Symptome verschwanden nach zehn Sprechstunden. Beim dritten Fall, der bereits ein Jahr bestand ehe er erfasst wurde, waren nach fünfundzwanzig Beratungen immer noch Symptome vorhanden, allerdings so leichten Grades, dass sie den Patienten nicht mehr beeindruckten. Aus drei Fällen kann man natürlich keine endgültigen Schlüsse ziehen. Es drängt sich aber der Gedanke auf, die Prognose je nach Dauer der Erkrankung beim Einsetzen der Behandlung, mehr oder weniger günstig zu stellen. Die drei Fälle beweisen nicht, dass jede Urticaria psychischer Natur sei, es gibt genügend Beweise, dass verschiedene Allergene eine grosse Rolle in der Aetiologie spielen.

Viele Autoren (FENICHEL, SAUL, OBERMAYER etc.) stehen heute auf dem Standpunkt, dass es eine rein seelisch und eine rein allergisch verursachte Urticaria gibt, daneben eine Mischform aus beiden Faktoren. Die grosse Schwierigkeit in der Behandlung vieler Fälle scheint darin zu liegen wie man seelische von allergischen Faktoren abgrenzen soll. Vom praktischen Standpunkt aus gesehen ist diese Differenzierung sehr schwierig, scheint jedoch überhaupt nicht notwendig zu sein. Der Patient soll als Ganzes betrachtet und behandelt werden und wie gesagt spielen in vielen wenn auch nicht in allen Fällen beide Faktoren eine Rolle. Von Bedeutung ist die Frage, wann die seelischen Probleme des Patienten mit Urticaria so gross sind, dass sie die Aufmerksamkeit des Psychiaters verlangen. Der Arzt soll im Stande sein schon frühzeitig eine positive Auswertung der emotionellen Faktoren vorzunehmen. Dabei sind folgende Faktoren in der Anamnese und der Persönlichkeit des Patienten zu berücksichtigen:

1. Die Erzählung einer unglücklichen und ängstlichen Zeit vor Beginn der Symptome.
2. Gewöhnlich ein plötzliches Auftreten der Symptome, die durch enttäuschende Erlebnisse beschleunigt wurden.
3. Häufig keine allergische Anamnese oder Manifestation.

4. Das Vorhandensein von subjektiven und objektiven Zeichen von Ängstlichkeit.
5. Die Chronizität der Symptome.
6. Eine Persönlichkeit, die schüchtern, leicht verlegen ist, die rasch errötet und verhältnismässig passiv und unreif ist und Neigung zum Exhibitionismus zeigt.

Man kann wenn alle oder die meisten dieser Faktoren bei einem Patienten mit Urticaria vorhanden sind, mit Sicherheit den allergischen Aspekt ausschliessen und mit der psychotherapeutischen Behandlung beginnen. Allerdings sind die meisten Fälle von Urticaria nicht so gelagert, dass sie die Aufmerksamkeit des Psychiaters verlangen.

Folgende Fälle sollen das Thema etwas erläutern: Ein 27-jähriger US Offizier kam wegen Haemorrhoiden in die Klinik. Der Chirurg hatte dem Patienten gesagt, dass sein Zustand erlaube, kurze Zeit nach Hause zu fahren. Einige Tage später wurde der Patient dienstfähig erklärt. Der Patient wurde sogleich unruhig und erregt und am Tag darauf brach bei ihm eine schwere generalisierte Urticaria aus. Die Hautirritation erhöhte seine Nervosität, und eine Schlaflosigkeit machte den Zustand unerträglich. Lediglich Morphine brachten eine vorübergehende Erleichterung. Einige Tage blieb der Zustand unverändert und man übergab den Patienten den Psychiatern. Bei der Untersuchung war der Patient ängstlich und nervös, mit einem bemerkenswerten Tremor der Hände. Er bat verzweifelt um Erleichterung. Die Anamnese ergab keinerlei allergische Komponente, auch die Familienanamnese war unauffällig. Der Patient konnte sich für seine jetzigen Symptome keine Rechenschaft geben. Schüchtern wie er war, konnte er leicht in Verlegenheit gebracht werden und wusste dies selbst. Von blühender Gesichtsfarbe, errötete er leicht. Das Verhältnis zu seinem Vorgesetzten war schlecht. Der Patient beschrieb ihn als einen unverständigen, verlangenden und dominierenden Mann, der in der gesamten Einheit keinen Freund hatte. Diese Information wurde amtlicherseits bestätigt. Der Patient war auf keinen Fall gewillt in seine Einheit zurückzukehren, er freute sich schon auf die Heimfahrt und als man ihm sagte, dass dieses Vorhaben scheitere fühlte er sich verlassen und enttäuscht. Man unterhielt sich eine Stunde mit dem Patienten, brachte ihm Sympathie und Verständnis entgegen und versuchte ihm den unglücklichen Umstand zu erklären, welcher zur Revision des Entschlusses ihn nach Hause zu schicken, führte. Man zeigte ihm ferner, wie sein Anfall durch

die Kumulation der Geschehnisse beschleunigt wurde. Er schien alles gut zu verstehen. Zuletzt weinte er sehr; man liess ihn ausweinen, sagte ihm dann, dass er der Wirklichkeit und dem Offizier gegenüber seinen Mann stehen müsse, später versuchen sollte in ein anderes Bataillon überzutreten. Der Patient erkannte sehr rasch, dass er eigentlich versuchte eine unangenehme Situation zu vermeiden. Es folgte Suggestivbehandlung der Urticaria mit anschliessendem Schlaf. Als der Patient nach mehreren Stunden erwachte fühlte er sich zum ersten Mal wieder ausgeruht. Die Urticaria hatte sich sehr gebessert und obwohl noch einige Quaddeln vorhanden waren, störten sie ihn nicht. Am selben Abend wurde noch ein Sedativum verabreicht. Am nächsten Tag war der Patient weniger ängstlich, fühlte sich wohl und sagte, dass er die ganze Nacht sehr gut geschlafen habe. Seine Urticaria war praktisch verschwunden. Nach einigen Tagen wurde er als geheilt entlassen.

O'DONOVAN beschrieb vier Patienten, deren chronische Urticaria mit seelischem Druck in Verbindung gebracht werden kann. U. a. sind ihre emotionellen Probleme, Untreue der Partner, hässliche Umgebung, Invalidität etc.

WRIGHT erfasste 25 Patienten mit chronischer Urticaria: 17 davon erlitten einen Schock, machten sich zu grosse Sorgen, waren sehr nervös und zwar vor oder gleichzeitig mit den urticariellen Anfällen. Er nimmt an, dass wahrscheinlich Ängstlichkeit der häufigste aller psychischen Faktoren ist, der zur chronischen Urticaria führt.

SULZBERGER ist einer der wenigen angelsächsischen Forscher, der die psychischen und emotionellen Faktoren als Ursache der Urticaria nicht betont. Zwar können sie nach ihm vielleicht urticarielle Anfälle heraufbeschwören und unter verschiedenen Umständen die Schaffung von allergischen Zuständen ausbilden, die das Auftreten allergischer Reaktionen begünstigen, doch hatte er nie Gelegenheit einen rein psychogenetischen Fall der Urticaria zu beobachten, wie sie von JADASSOHN, SACK, STOKES, PILLSBURY, KULCHER und Mitarbeitern beschrieben werden.

STOKES und BEERMAN berichten Fälle von Urticaria die durch Auto- oder hypnotische Suggestion hervorgerufen wurden. Viele dieser Patienten sahen Urticaria bei anderen Leuten, oder glaubten ein Lebensmittel zu konsumieren gegenüber dem sie empfindlich wären. Gewöhnlich beobachteten sie, durch seelische Störungen eine Verschlimmerung ihrer Erkran-

kung. So waren z.B. Feindseligkeit, Übermüdung, Überanstrengung, Wettbewerbe und vereiteldes sexuelles Begehren auslösende oder verschlimmernde Faktoren.

MENNINGER und KEMP berichten über einen Mann, dessen Urticaria erschien, nachdem er das Verhältnis mit seiner Freundin abbrach, mit der er vorher sehr intim befreundet war ohne jedoch ein sexuelles Erlebnis gefunden zu haben. Der Patient verband seine Erkrankung mit dieser Situation. Gleichzeitig erkrankte ein Bruder der verabscheute die Verantwortung für eine Familie zu übernehmen.

BORELLI heilte mittels Psychotherapie einen Patienten mit einer fünf Jahre alten, chronisch rezidivierenden Urticaria. Die Basis für die Erkrankung war eine Ejakulatio praecox.

SAUL und BERNSTEIN beschreiben sehr ausführlich zwei Fälle rein psychogenetischer Urticaria. Die Beschwerden und die Anamnese beider Patienten sind sehr ähnlich. Aus der Anamnese, gründlicher Untersuchung und zwölf psychoanalytischen Sitzungen ergaben sich folgende Tatsachen: Spannung, Masochismus, unterdrückter Exhibitionismus, vereitelltes Begehren, gehemmte sexuelle Wünsche. Ohne Ausnahme brach jeder urticarielle Anfall unter der gleichen emotionellen Situation aus, und zwar wenn ungeheures Begehren geweckt wurde, das im gleichen Augenblick vereitelt wurde. Der Anfall begann immer wenn die Patienten sich kurz vor der Enttäuschung über alle menschlichen Verhältnisse fühlte. Auch ihre Träume deuteten darauf. Darin war immer das Hauptthema: "Beinahe aber nicht ganz", oder "so nahe und doch so ferne", "Vater kam, aber nur um auf Wiedersehen zu sagen", etc. Starke Libidowünsche waren geweckt, die vereitelt wurden. Das Wesen der Wünsche war das Verlangen eines Kindes nach Elternliebe. Das Liebesverlangen konnte durch ein normales sexuelles Verhältnis nicht erfüllt werden, wegen der Schwere der masochistischen Tendenzen. Hatten sich die unbefriedigten Wünsche genügend angestaut, wollten die Patienten weinen, war dies nicht möglich entwickelte sich eine Urticaria.

Man könnte fragen, warum sich hier z.B. die Urticaria erst im Erwachsenenalter entwickelte, obwohl bereits in der Kindheit das psychische Trauma gesetzt wurde. Nach SAUL ist die Antwort wie für alle funktionellen Erkrankungen der quantitative Faktor. Die Spannung muss einen bestimmten Punkt erreicht haben, bevor die Symptome erscheinen. Im

obigen Fall war z.B. eine schwere erschöpfende Arbeit das auslösende Moment. Diese Ursache wurde in vielen Fällen von beginnender Urticaria beobachtet und in der Literatur angegeben. Zweifellos besteht ein Zusammenhang mit Urticaria, aber der sicher schwerwiegendste Faktor ist ein vereiteltes Begehren.

Einige Leute entwickeln Urticaria, wenn sie böse sind. Die Bosheit kann aber nicht in direktem Zusammenhang gebracht werden, nur insofern als sie als Reaktion bei einer Vereitelung im kritischen Moment beobachtet werden kann. Ein anderes Merkmal dieser Patienten ist der dringende Wunsch, im Wettbewerb Erster zu sein. Eine Reaktion ihren kindlich masochistischen Wünschen und den sozialen Kreisen der Jugend zu entweichen, und für sich Liebe, Bewunderung und Anerkennung zu gewinnen. Man soll ganz besonders darauf achten, dass die "Enttäuschung" im Wesen der Patienten neurotisch, also endogen ist. Z.B. verabscheut ein hübsches Mädchen nette junge Männer, die für sie ernsthaft interessiert sind und ist mit einem Burschen befreundet, der keine sexuellen Äusserungen macht, der sich seit Jahren nicht entschliessen kann zu heiraten. Sogar in ihren Träumen erlaubt sie sich nicht ihre Wünsche in Erfüllung gehen zu lassen. Der Hauptgrund für ihre Selbstvereitelung ist Schuld. Diese hat verschiedene Gründe, hauptsächlich Feindseligkeit, gegenüber Schwester, Stiefmutter und Vater (Ödipuskomplex). Dies ist auch der Grund für den Masochismus, d.h. den tiefen Wunsch selbst zu leiden. In allen Situationen ist dieses Moment zu finden, Überanstrengung bei der Arbeit, Selbstverneinung, Selbstaufopferung, Unterschätzung und Vereitelung, sogar in den Träumen. Der Wunsch so zu leiden erweckt den Verdacht, dass sie nicht nur die Strafen die sie von ihren Eltern bekam, provoziert hatte, sondern dass auch ihre ganze übrige Geschichte durch Masochismus gefärbt ist, und ihre Eltern vielleicht nicht so brutal waren wie sie sich erinnert und es darstellt.

Das zentrale Merkmal in beiden Fällen ist Schuld und daraus bedingter Leidenswille und Selbstvereitelung. Das Weinen nimmt dabei einen besonderen reziproken Wert im Verhalten zur Urticaria an, es erleichtert die Enttäuschungen und Bosheiten der Patienten. Weinten sie, hatten sie keine Urticaria, der Anfall endete gewöhnlich mit Weinen und umgekehrt.

Diese Beobachtung führte zu einem klinischen Experiment. Eine 26-Jährige, die wegen eines unehelichen drei Monate alten Kindes Angst hatte nach Hause zurückzukehren, obwohl sie sich danach sehnte. Sie weinte seit

drei Monaten. SAUL schlug ROSENFELS vor, die Patientin zum Einstellen des Weinens zu überreden. Tatsächlich entwickelte sich darauf eine Urticaria bei der Patientin. Als man ihr nun wiederum sagte, dass ihr Weinen gut tun würde, wollte sie nicht mehr. Tags darauf war die Urticaria verschwunden. SAUL beschreibt fünf weitere derartige Fälle.

4. Rosacea

Rosacea wird heute im allgemeinen als Angioneurose anerkannt. Sie ist eine Krankheit des mittleren Alters (OBERMAYER). Nach SULZBERGER und ZEIDENS ist Rosacea ein entzündlicher Prozess, welcher gewöhnlich die errötbaren Stellen der Gesichtsmitte, manchmal die Brust und andere Regionen betrifft. Viele Individuen, die von Rosacea betroffen sind, besitzen labile neurovaskuläre Systeme, die durch leichte Vasodilatation, leichtes Erröten und Schamhaftigkeit gekennzeichnet sind. Infolgedessen ist es verständlich, dass Rosacea öfters durch vasodilatatorische Mittel, wie plötzlicher Temperaturwechsel, alkoholische Getränke, heisse Speisen, Kaffee, Tee, Gewürze erschwert, bzw. verschlimmert wird. Emotionelle und psychische Faktoren, welche die neurovasculären und glandulären Systeme der Haut beeinflussen, spielen dabei eine bedeutende Rolle. An- und Subacidität sind sehr häufig vorkommende Begleitsymptome der Rosacea, sodass man einen Zusammenhang zwischen dem Magen und Hautreaktion vermuten darf.

KLABER fasst die Rosacea als eine immer wieder zurückkehrende Errötung auf, die früher oder später zur chronischen Dilatation der Kapilaren führt. Das Erröten kann z. B. durch eine Magen- oder Gebärmutterstörung hervorgerufen sein. Jedoch ist das Erröten im allgemeinen als eine Reaktion für Schuld und Scham anerkannt. WITTKOWER fand, dass 36 von 50 Fällen mit Rosacea in hohem Ausmass sozialen Nöten unterlagen, ehe die typischen Eruptionen erschienen. Daneben stiess er auf grosse Selbstüberschätzung, verbunden mit offenem und dauerndem Gefühl der Schuld und Schamhaftigkeit. Der primäre Grund für Rosacea kann nach KLABER visceral oder seelisch sein.

Im allgemeinen haben die Rosaceapatienten eine seborrhoische Konstitution (WITTKOWER und RUSSELL). Sie erröten leicht, und früher oder später merken sie, dass die Errötung bleibt, und zwar an bestimmten Stellen

wie zentraler Stirnteil, Nase, Wange, Kinn, sodass sich das sogenannte Rosaceaoval bildet. Dazu kommen rote Papeln und Pusteln. Teleangiectasien erscheinen durch verlängerte Dilatation. Nach langjähriger Dauer dieses Zustandes kann die Verdickung des Gewebes (Fibrosis) als Vergrösserung der Nase bemerkt werden, bis zum Rhinophym.

Dass Rosacea einen neurotischen Faktor in sich trägt ist schon seit langem bekannt. Schon im Jahre 1926 hatte O'DONOVAN zwei Patienten behandelt, die ihren Zustand völlig häuslich, unglücklichen Verhältnissen zuschrieben. Seit damals hatten DAVIS, STOKES, BEERMAN, INGRAMM, KLABER, WITTKOWER, BECKER und viele andere diese Beobachtung bestätigt. OBERMAYER teilt diese Ansicht ebenfalls. Seine Beobachtungen bestätigen die Psychogenese der Rosacea. Er bemerkte, dass diese Patienten gewöhnlich einen ängstlichen Typus zeigen, und im allgemeinen sexuelle Probleme haben; der typische Patient ist eine gewissenhafte Frau, die Gefühle der Unsicherheit und Minderwertigkeit besitzt, die zu überflüssigen Sorgen neigt und die wichtigen Faktoren in ihrem Leben nicht richtig auswertet, gegen Kritik überempfindlich und leicht entmutigt ist. Ihre seelisch falsche Anpassung ist in Schüchternheit, Isolierung und Selbstabsorption reflektiert. Sie findet schwer Kontakt mit anderen weil ihr das seelische Gleichgewicht fehlt.

WITTKOWER hat den Durchschnittspatienten mit Rosacea folgendermassen gekennzeichnet. Eine Frau von dreissig Jahren, sauber aber anspruchslos gekleidet, schüchtern und zu Beginn des Interviews sehr zurückhaltend. Sie ist besorgt, verdächtigt alles was geschehen wird und zögert zu sprechen. Sie sitzt am Rande des Sessels und hält ihre Handtasche sehr fest. Bei der ersten Frage, die sie für bedeutend hält, röten sich die Wangen. Wiederholt unterbricht sie ihre Aussagen um zu fragen, ob sie nicht zu viel dummes Zeug dahinrede und ob sie nicht zu viel Sorgen bereite. Allmählich wird sie vertraulicher, spricht immer mehr und mehr, gewöhnlich mit viel Tränen und gibt schliesslich einen Vorfall als Grund für die jetzige Erkrankung an.

WITTKOWER und RUSSEL berichten über 50 Patienten, bei denen die Persönlichkeit und seelische Störungen eine grosse Rolle spielten. 36 dieser Patienten zeigten in anormaler Weise Lebensangst, die auf Grund von Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühlen bestand und welche den Rosaceasympptomen voranging. 13 der Patienten gaben anamnestisch ein seelisches Trauma an, das vor Ausbruch der Rosacea lag. 20 andere

Patienten litten vor der Eruption unter ausdauerndem seelischen, sexuellen und sozialen Druck. Es wird auch von zwei schizophrenen Frauen berichtet. Bei einer 52-jährigen Frau traten die Hautanfälle auf, wenn sie sehr böse war, während in der ruhigen Phase die Haut rein war. Bei der anderen Patientin, die 34 Jahre alt war, wurde die Rosacea milder wenn die Patientin in den schizophrenen Zustand geriet. Elektroschocktherapie beeinflusste die Rosacea nicht. Nach einer Leukotomie die die Schizophrenie gebessert hatte, erschien die Rosacea in schwerster Form.

SONTAG hatte eine Patientin mit einer siebzehn Jahre alten Rosacea behandelt und fand, dass der Beginn und die wiederholten Rezidive immer mit schwerem seelischen Druck in Bezug auf sexuelle Probleme übereinstimmten.

CORMIA erwähnt neun Patienten mit Rosacea, bei denen die Anamnese eine schlechte familiäre Anpassung offenbart. Dies ist aber nicht sehr bedeutungsvoll, da die Kindheit dieser Patienten im allgemeinen glücklich war. Die Patienten wurden mit übermässiger Verantwortung überladen, gewöhnlich durch den Tod eines Elternteils oder durch Armut. Dies veranlasste sie zu Gefühlen der Schuld und Scham bezüglich der Unbeständigkeit ihrer Familie im Vergleich zu dem Nachbarschaftsmilieu. Ein wichtiges Merkmal bei allen war ein jüngst durchgemachtes Trauma psychischer Art. Physische Faktoren dominierten nur bei zwei von neun Patienten; Alkoholabusus und Menopause. Im Übrigen waren die Patienten verhältnismässig fröhlich, drei waren durch übermässige Verantwortung depressiv. Alle lebten ziemlich eingeschränkt und ihre Motive entsprangen der Kraft der äusseren Verhältnisse. Schwere Angstzustände sowie zwangsbesessene Merkmale sind vorhanden.

Jede Neurose im Erwachsenenalter hat ihre Wurzel in der Kindheit. Die Patienten gaben aber alle eine relativ glückliche Kindheit an. Sicher nur deshalb, weil sie die ersten Jahre nicht in der Erinnerung behielten.

Nach CORMIA hat die Psychotherapie bei Rosacea viel Erfolg, dagegen meinen WRIGHT, BECKER und OBERMAYER, dass oberflächliche Psychotherapie in Kombination mit einer systematischen Lokalbehandlung angezeigt wäre.

5. Lichen ruber planus

Lichen ruber planus ist eine häufig vorkommende, entzündliche Hauterkrankung mit charakteristischen Merkmalen. Juckreiz ist im allgemeinen vorhanden, besonders bei der akuten Form. Im allgemeinen ist die Prognose günstig, auch bei langer Dauer verschwindet die Erkrankung letztlich. Je generalisierter die Erscheinungen sind, desto leichter sind sie zu beseitigen (OBERMAYER).

Nach SULZBERGER und ZEIDENS spielen psychische Faktoren eine Rolle. Die spezifische Dynamik ist aber noch unbekannt. Einige Fälle beweisen allerdings, dass es auf Grund von seelischem Druck zu Rezidiven kommen kann. Sicher spielt aber auch ein unbekannter infektiöser Faktor eine Rolle. KLÄUDER betont den psychogenen Faktor.

HALL und SMITH führen folgendes erläuternde Beispiel an: Eine hypochondrische Frau hatte fünf Jahre lang multiple Symptome, einschliesslich Kopfschmerzen und rezidivierender Urticaria. Während dieser Zeit erfolgten wiederholte Sterilitätsuntersuchungen. Danach entwickelte sie einen Anfall von Lichen ruber planus, zur gleichen Zeit verschwand die Urticaria und umgekehrt. Das Verhältnis zu ihrem Gatten war schlecht. Sie gebrauchte die Hauterkrankung um sich ihm gegenüber sexuell zu schützen.

SMITH kennzeichnet die Patienten mit Lichen ruber planus als "excessiv", d. h. sie übertreiben alles was sie tun, ihre Taten kommen aber nicht aus ihren Gefühlen heraus.

Nach BECKER und Mitarbeitern spielt der psychogene Faktor eine grosse Rolle beim Lichen ruber planus. DEGOS, GOURGEROT, LE SOURD, LEVON und BEERMAN berichten Fälle, die nach psychischen Traumen erscheinen. OBERMAYER gibt anhaltenden seelischen Druck als bedeutende Ursache in der Entstehung der Erkrankung an; LYNCH beobachtete bei derartigen Patienten gehäuft vasculäre Hypertension und deutet dies als bedeutenden Beweis für den psycho-somatischen Vorgang.

DEUTSCH berichtet psychoanalytisch die Fälle zweier Patienten mit Lichen ruber planus, sowie ihre Reaktionen bei seinen plethysmographischen Studien. Es gelang ihm, Veränderungen in den Hautgefässen, sowie Variationen in Geschwindigkeitsrhythmus und Pulsvolumen-Höhe zu

entdecken. Er bemerkte auch Wellen, die synchron mit der Respiration waren und durch rhythmische Variationen der Herzaktion hervorgerufen waren. Ferner Wellen, die keinen Zusammenhang mit der Respiration hatten, die in keinem bestimmten rhythmischen Verhältnis waren. Diese Wellen nannte er "psychogene Wellen", und er meinte, dass unbewusster seelischer Inhalt diese Wellen beeinflusse. DEUTSCH kam zu dem Schluss, dass die Wahl der Haut für die Lösung der pathologischen Konflikte von vierzehn Faktoren abhängig ist; die wichtigsten davon waren: das Vorhandensein von organischen Fehlfunktionen in dem neonatalen und infantilen Zeitalter; ferner das Zusammenfallen dieser Fehlfunktionen mit instinktiven Konflikten in einem spezifischen Niveau der psychischen Entwicklung. Dazu die Häufigkeit der sich zur gleichen Zeit wiederholenden Fehlfunktionen mit den spezifischen Konflikten. Eine Integration der Sinneswahrnehmungen in diesem psychodynamischen Geschehen war eine Hauptforderung für die Entwicklung einer psychosomatischen Störung der Haut.

Die kurzgefassten Krankengeschichten der Psychoanalyse von DEUTSCH lauten folgendermassen: Ein Mann, Ende dreissig kam zur Behandlung einer milden Depression, hauptsächlich weil er sich unerfolgreich fühlte. Er sah in seinem Vater den "Erfolgreichen", dessen überlegene Eigenschaften einen Wettbewerb ausschlossen. Verschlimmernd war die grosse Bewunderung und Achtung, die seine Mutter für den Vater hatte und die ihm diesen als leuchtendes Beispiel anpries. Der Patient unfähig das gesteckte Ziel zu erreichen wurde zum Träumer, empfindlich und romantisch. Das Leben wurde für ihn zur Pseudorealität. Obwohl er starke feminine Merkmale zeigte, entging er offener Homosexualität, verblieb jedoch mit passiven analen Neigungen. Ausser einem Hautausschlag in der Kindheit war er niemals erkrankt. Seinen Penis hielt er für deformiert infolge von Masturbation. Statt dass er seine Selbstbehauptung seinem Vater gegenüber auf ein Erwachsenenenniveau gebracht hätte, erschienen bei ihm Paraesthesien mit verschiedener Lokalisation. Trat die Notwendigkeit für seine männliche Behauptung auf, wurde also die weibliche Identifikation mit seiner Mutter bedroht, erschien am rechten Arm ein unerträglicher Juckreiz. Dieser wurde dann mit Gefühlen von Minderwertigkeit, Misserfolg und Unfähigkeit verbunden. Gleichzeitig beschäftigte er sich wieder vermehrt mit seiner Penisdeformation und der unbezwingbare Wunsch sein Vater möge sterben erfüllte seine Gedanken. Nach einigen Tagen beobachtete man einen Hautausschlag an seinem rechten

Arm, der als Lichen ruber planus diagnostiziert wurde. Anfänglich suchte er die Erkrankung zu verbergen. "Nur Schwächlinge haben so einen Ausschlag," oder "nur Frauen neigen zu derartigem" etc. sagte er. Er dachte, dass der Hautausschlag ein Protest gegen seine Männlichkeit sei, gegen seinen Wunsch, "ein Mann zu sein" und dass dies eine Verstümmelung sei, welche durch das Gefühl des Hasses und durch den Wunsch nach dem Tod seines Vaters hervorgerufen wurde. Als seine aggressiven Tendenzen stärker wurden, verbreitete sich der Hautausschlag auf die Brust, Immer, wenn er böse wurde und diese Bosheit in Worten nicht zum Ausdruck brachte, begann es zu jucken. Und immer, wenn er seine Bosheit zum Ausdruck brachte, verschwand der Juckreiz. DEUTSCH erklärt die Situation bei dem Patienten folgendermassen: "Das Weibliche in ihm hatte den Mann zerrissen, während das Männliche die Frau emporgehoben hatte. Wenn er etwas geschaffen hatte, musste er es immer zerstören oder mindestens dessen Wert heruntersetzen. Was er jetzt eigentlich wollte, war sowohl ein Mann als auch eine Frau zu sein." Als der Patient mehr Einblick in seine Situation gewann, entwickelte er bei der Analyse-mikro- und makrokinaesthetische Empfindungen, in welchen er sich grösser, erhabener oder kleiner fühlte. Weiter empfand er, dass er im freien Raum schwebte und sich darin bewege. Er deutete diese Vorstellungen als "Geburtsphantasien" oder als "foetales Benehmen". Er entwickelte Niessanfälle und interpretierte sie als Versuche, den "Foetus" von innen nach aussen zu bringen und die passiven weiblichen Wünsche los zu werden. Als er nach einigen Wochen seine Konflikte einsah, verschwand sein Lichen ruber planus völlig, ohne Recidiv. Die narzistischen und exhibitionistischen Merkmale dieses Patienten mit ihren verborgenen Tendenzen erschienen sehr klar, und als sich diese Merkmale im Kampf zwischen passiven weiblichen und aggressiven männlichen Trieben verwickelten und der Kampf den Höhepunkt erreicht hatte, wurden die körperlichen Vertreter und Symbolisationen dieser Triebe sozusagen in Bewegung gesetzt, um die antagonistischen Kräfte zu verleugnen und zu verneinen. Geht dieser Kampf über die harmonische Zusammenarbeit der körperlichen Prozesse hinaus oder wird eine Funktion von dem Ganzen getrennt, kann es zu organischen Schäden kommen, wie z.B. einer Hauterkrankung. Der Vermittler dieses Versagens ist das autonome Nervensystem. Es scheint, dass jeder Impuls das ganze System in Bewegung setzen kann. So ruft z.B. ein Kältereiz, den man an einem Handrücken setzt, eine Reaktion am anderen Handrücken hervor, die nicht simuliert wird. Der Grad dieser

Reaktion ist unabhängig von der der anderen Seite; im allgemeinen kommt es zu einer Konstriktion beider Seiten. Wahrscheinlich geht die Empfindung auf den Kältereiz über eine Feflexbahn, ähnlich der sog. psychogenen Welle und wird gedanklich hervorgerufen.

Den Beweis für diese Annahme gibt folgende Beobachtung: Bei einem 40-jährigen, verheirateten Mann erschienen vor 23 Jahren die ersten Symptome eines Lichen ruber planus, als er dem Begräbnis seiner Mutter beiwohnte. Er verspürte ein plötzliches Jucken am linken Arm, als er sich erinnerte, dass er seine kranke Mutter auf diesem Arm vom und ins Bett trug; er erinnerte sich auch, dass er den nackten Körper seiner Mutter mit diesem Arm fühlte. Den gleichen Arm verwendete er für den sexuellen Gebrauch an seinen Genitalien. Seine Mutter, der er sehr verbunden war, war wie er Linkshänder. Ihr Tod hatte ihn sehr getroffen.

(DEUTSCH)

Ein Kältereiz, der an beiden Armen gesetzt wurde, verursachte eine Verminderung des Fingerblutvolumens beider Seiten. Die Reaktion war aber viel stärker auf der linken Seite, sogar wenn der Reiz nur auf der rechten Seite gesetzt wurde. Die Reaktion konnte auch psychisch ausgelöst werden. Spätere Assoziationen des Patienten zu dieser Empfindung offenbarten, dass es die Reaktion auf die Widerspiegelung des ursprünglichen Bildes war, als Verteidigungsmechanismus gegen den unterdrückten, unbewussten Wunsch, die Genitalien der Mutter zu berühren. Veränderungen des Pulsvolumens und der pletysmographischen Kurve objektivierten die Irritationen (DEUTSCH).

Über die Ursache des Lichen ruber planus ist, wie erwähnt, wenig definitives bekannt. Man hat viele Theorien aufgestellt, aber im allgemeinen sind die Beweise noch unbedeutend. Die Ätiologie ist u. a. durch den sonderbaren Einfluss der Schwermetalle gekennzeichnet, die das Fortschreiten der Krankheit hemmen. OBERMAYER's eigene Beobachtungen geben ihm Anlass zu glauben, dass akuter Lichen ruber planus oft Zeiten seelischer Qual folgt und dass kein Zweifel mehr besteht, dass seelische Spannung eine bedeutende Rolle im Aufflackern dieser Erkrankung spielt.

6. Alopecia areata

Die Alopecia areata ist ein umschriebener Haarausfall; es sind ovale oder runde Stellen, die völlig haarlos sind, an denen die Haut aber nicht verändert ist. Die Haare verschwinden hier plötzlich. Hauptsächlich wird die Kopfhaut betroffen; seltener der Bart, die Augenbrauen oder andere Körperstellen. Die ursprüngliche Laesion ist meist zwei bis drei Zentimeter im Durchmesser. Sie kann sich nach der Peripherie zu vergrössern oder kann stationär bleiben. Mehrere solcher Flecken können gleichzeitig oder nacheinander entstehen und zusammenschmelzen. Wenn das ganze Kopfhaar ausgefallen ist, wird der Zustand Alopecia totalis, wenn das Haar des ganzen Körpers betroffen wurde, Alopecia universalis genannt.

Die Alopecia areata zeigt ausser dem Haarverlust meist keine weiteren Symptome; gelegentlich wird geringes Jucken vor Einsetzen des Haarverlustes angegeben. Die Haare wachsen gewöhnlich nach, gleich, ob behandelt oder nicht behandelt wird. Die ersten Haare sind lanugoartig und meist von anderer Farbe als die ursprünglichen - oft weiss -. Diese werden dann durch stärkere und längere Haare ersetzt, die aber immer noch weiss sein können. Das dritte Wachstum ist dann meistens normal. Die Durchschnittsdauer der Alopecia areata ist etwa zwei Jahre. Bei schwereren Formen und längerer Dauer der Erkrankung ist die Prognose schlechter; die Menge und Qualität der Haare kann immer minderwertig bleiben; gelegentlich resultiert dauernde Haarlosigkeit. Die meisten Erkrankungen treten zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr auf. Beide Geschlechter werden gleich oft betroffen.

Die Ursache der Alopecia areata ist unbekannt. Es wurden viele Theorien aufgestellt, darunter die der Parasiteninfektion, die die Krankheit gelegentlich bei mehreren Familienmitgliedern gleichzeitig auftritt. Möglicherweise besteht auch ein Zusammenhang mit endokrinologischen Veränderungen. Öfters tritt die Erkrankung in der Schwangerschaft auf. Mehrere Autoren, darunter BECKER und OBERMAYER beobachteten gegenteilige Fälle: Hier entwickelte sich die Alopecia areata in der Kindheit; während der Pubertät kam es gelegentlich bis zur Alopecia totalis. Trat aber eine Schwangerschaft ein, so wuchsen die Haare völlig nach um nach der Entbindung wieder auszufallen. Der gleiche Vorgang wiederholte sich auch bei den folgenden Schwangerschaften.

Nach KOLTES u. a. gehört die Alopecia areata zu den Krankheiten, bei denen in vielen Fällen ein Zusammenhang mit seelischen Störungen besteht. Es ist bekannt, dass schwere seelische Krisen, lang dauernde Ängstlichkeiten, hysterische Anfälle, plötzliche Angstgefühle etc. häufig dieser Erkrankung vorangehen. ROGERS berichtet von einem Fall, bei dem der Patient jedesmal die Haare verlor, wenn seine Frau entband. MAC CARTHY schreibt, dass er häufig neu aufgetretene Fälle von Alopecia areata nach einem plötzlichen schweren seelischen Schock beobachtete; viele Fälle seien bei Leuten zu beobachten, deren Leben durch Sorgen und fortgesetzte nervöse Spannung gekennzeichnet ist.

HALL und SMITH beschrieben acht Patienten mit Alopecia areata. Sie reiheten sie in die Gruppen A und B ein: A waren abnorme Persönlichkeiten mit der Anamnese einer jüngst durchgemachten seelischen Spannung, B waren Patienten von abnormer Persönlichkeit ohne jüngst durchgemachtes seelisches Trauma. Der Fall eines 37-jährigen Patienten wird wie folgt beschrieben: Er hatte eine fixe Einstellung für Alles, war seriös, gewissenhaft, übermässig pünktlich, unfähig sich zu entspannen und geriet leicht in ein Gefühl der Schuld. Der Patient nannte das Rauchen eine schmutzige Gewohnheit. Er sagte, dass er seine Arbeitsstelle das ganze Leben beibehalten wolle und ein nettes, ruhiges, geordnetes Leben führe. Seine drei Kinder starben an RH-Unverträglichkeit. Während der letzten Schwangerschaft seiner Frau trat eine Alopecia areata bei dem Patienten auf. Er fühlte sich persönlich schuldig und verantwortlich für den Tod seines Kindes. HALL, NORTON und SMITH nehmen an, dass die Alopecia areata bei diesem Patienten mindestens teilweise von seelischen Faktoren abhing.

Zahlreiche Berichte sind über die psychische Genese der Alopecia areata in der Literatur erschienen. Während und nach dem ersten Weltkrieg wird über Patienten berichtet, die Angstzustände im Kampf durchmachten und anschliessend an kreisrundem Haarausfall erkrankten. Bei einem französischen Soldaten trat nach der Schlacht eine Alopecia totalis auf; während zwei weiterer Wochen entstand eine Alopecia universalis, die noch nach zwei Jahren unverändert geblieben war (OBERMAYER).

Viele bedeutende Autoren (u. a. BEHRMANN, HODGSON, INGRAM, MONTGOMERY, PETRI, PUSEY, ROBINSON, SMITH, TREPAT und WRIGHT) vertreten ebenfalls die Ansicht, dass seelische Spannung, Zu-

stände von Erschöpfung und Schock eine Rolle bei der Entstehung der Alopecia areata spielen. O'DONOVAN beschreibt 14 Fälle von Alopecia areata, bei denen "die Mehrheit als psychogenetisch zu betrachten ist." Auch BECKER und OBERMAYER gaben an, dass die Mehrheit ihrer Patienten mit dieser Erkrankung eine seelische Unstabilität zeigten. ANDERSON, der 114 Fälle studierte, kam zu dem Ergebnis, dass die häufigste begünstigende Ursache für Alopecia areata geistiger Schock oder akute Ängstlichkeit sei.

WITTKOWER und RUSSEL beobachteten eine Gruppe von 55 Patienten, 25 Männer und 30 Frauen mit einem Alter zwischen 10 und 50 Jahren. Sie schlugen eine Einteilung in drei Gruppen vor: 1. Eine neurotische Gruppe (63 %), bei der die Alopecia areata mit einer Psychoneurose gekuppelt war, die für sich alleine genügend schwer war, um psychiatrische Behandlung zu erfordern.

2. Eine traumatische Gruppe (23 %), bei der die Erkrankung durch eine plötzliche akute seelische Bedrängnis, gewöhnlich Ängstlichkeit beschleunigt wurde und

3. Eine negative Gruppe (14 %), bei der keine seelische Störung vorhanden war.

Das auffallendste Merkmal bei den männlichen Patienten in der neurotischen Gruppe, das die ganze Persönlichkeit durchdrang, war der Mangel an Antrieb, welcher die sozialen Verhältnisse, die Arbeit, die Sexualität und die Aggression betraf. Psychisch verursachte Impotenz geringeren Grades war bei 67 % dieser Männer vorhanden; Depression fand sich bei allen.

Die weiblichen Patienten dieser Gruppe waren sozial, seelisch und sexuell gehemmt. Wie bei den männlichen Patienten war der Mangel an Antrieb bei ihnen auffallend. Während bei den Männern das Auftreten der Alopecia areata öfters mit akutem psychoneurotischem Zusammenbruch zusammenfiel, war dieser Zusammenhang bei den Frauen nicht vorhanden. Bei Patienten beider Geschlechter hatten psychoneurotische Schwierigkeiten lange Zeit vor Auftreten der Alopecia bestanden; bei 72 % der Fälle konnte eine psychoneurotische und psychotische Familienanamnese erhoben werden. Verschiedene Umgebungsfaktoren, die auf eine Unsicherheit in der Kindheit deuteten, waren häufig vorhanden. Bei der traumatischen Gruppe wurde kein Beweis dafür gefunden, dass früher einmal psychoneurotische Erscheinungen vorhanden waren. Bei jedem der zehn

Patienten folgte die Alopecia einem seelischen Trauma und zwar gegenüber einer Person, gegen welche der Patient Gefühle von Liebe oder Hass aufbrachte. Jeder Patient war im Zustande von Gram oder Kummer - wirklichem oder zu erwartendem.

Von den verschiedenen psychopathologischen Merkmalen die eine bedeutende Rolle in der Ursache der Alopecia spielen, bezeichneten WITTKOWER und RUSSEL folgende als wichtigste: Bei den Männern ist der Verlust der Haare ein unbewusstes Verlassen des Symboles der männlichen Aktivität - und bedeutet eine Verteidigung gegen unterdrückte, vernichtende Tendenzen. Bei Frauen ist der Haarverlust ein unbewusstes Verlassen ihrer "Crowning glory" und bedeutet eine Verteidigung gegen sexuelle Verlockungen und unbewusste blutschänderische Impulse. Bei beiden Geschlechtern sind pathologische Gefühle von Gram oder Kummer vorhanden.

Zur Ergänzung werden aus KOLTES Berichten folgende Fälle berichtet:

1. Ein 30-jähriger Feldwebel meldete sich im Hospital zur Behandlung einer seit etwa 5 Jahren rezidivierenden Alopecia. Erneut waren Herde im Bartbereich aufgetreten, von wo aus sich erstmals eine zwei Jahre bestehende Alopecia totalis entwickelt hatte. Die Haare waren damals überall gleichmässig nachgewachsen. Der Vater des Patienten war Alkoholiker und lebte von der Familie getrennt. Der Patient selbst diente drei Jahre bei der Marine. Als er entlassen wurde, nahm er seine frühere Arbeit wieder auf. Da er Streit mit dem Vorgesetzten bekam konnte das Arbeitsverhältnis nicht aufrechterhalten bleiben. Anschliessend wechselte er etwa in Abständen von einem Jahr ständig die Stelle. Er war chronisch unzufrieden, streitsüchtig und anmassend. Heftige Minderwertigkeitsgefühle suchte er mit erhöhter Anforderung an sich und andere auszugleichen. Um endlich unabhängig zu sein setzte er sich verhältnismässig jung zur Ruhe. Sein Verhalten war zwangsbedingt, das sexuelle Leben verhältnismässig normal. Vielseitig interessiert dabei von geringem Beharrungsvermögen, genoss er das Leben stark oder verfiel einer depressiven Stimmung.

2. Bei der Frau des Patienten, mit der er in 10-jähriger kinderloser Ehe lebte, trat eine Alopecia areata am Hinterkopf auf. Die rothaarige Frau war anziehend und gut gepflegt. Sie selbst hielt lediglich ihre Haare und die Augen für hübsch. Die Frau war ausser der Alopecia klinisch ohne Befund und war überzeugt, dass die Erkrankung im Zusammenhang mit ihrer

Nervosität stünde. Die Mutter der Patientin starb als diese 6 Jahre alt war, der Vater als sie 17 war. Von einer Schwester aufgezogen, besuchte sie eine Mittelschule und arbeitete anschliessend im Büro. Sie hatte wiederholt Schübe von Depressionen durchgemacht und als ihr Mann zum Militärdienst eingezogen wurde, waren diese derart heftig, dass sie ihre Arbeit aufgeben musste. Das stellte eine grosse Bedrohung ihrer Sicherheit dar. Ihre Schrift wurde derart unklar, dass sie nur noch Maschine schrieb, ein echter Tremor war aber nicht vorhanden. Zur gleichen Zeit wurde als Nebebefund eine Schwangerschaft festgestellt.

Beide Patienten waren der Überzeugung, dass ihre Erkrankung eine seelische Basis habe. Beide lebten über viele Jahre in Ängsten und hatten grosse Schwierigkeiten bezüglich der Selbstbeherrschung. Man kann natürlich aus zwei Fällen keinen endgültigen Schluss ziehen, aber wie nach Meinung vieler anderer spielt die psychogenetische Komponente bei Alopecia areata sicher eine bedeutende Rolle.

ZUSAMMENFASSUNG

Als Ergebnis der vorliegenden Erfassung psychogener Dermatosen kann man sich der Meinung BECKER's anschliessen, der für ein derartiges Krankengut den Ausdruck "The Functional Group" geprägt hat. Er widerspricht EPPINGER, HESS, COMBY und anderen, welche die Ansicht vertraten, dass die Zugehörigkeit zur funktionellen Gruppe, Zeichen einer minderwertigen Konstitution sei. Im Sinne von SINGER kann man den seelischen Spannungen eine wichtige Rolle in der Ursache der Symptome zuordnen. Nach BECKER kann ein Patient dieser Gruppe von mehr als einer Dermatoze befallen sein. Die Hautlaesionen können mit Symptomen wie geistige Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Kopfschmerz, Hyperästhesie der Retina, erhöhter Geräuschempfindlichkeit, Parästhesien, rascher Muskeler müdbarkeit, verminderten Reflexen, herabgesetzter Triebhaftigkeit, zu niederem oder zu hohem Blutdruck, unregelmässiger Atmung etc. gekoppelt sein. Das weibliche Geschlecht ist im allgemeinen häufiger in dieser Gruppe vertreten als das männliche. Die meisten Patienten gehören der mittleren und höheren Gesellschaftsschicht an und nicht der physisch schwer arbeitenden.

Der vorliegende Zustand scheint, allerdings nicht dominant, vererbbar zu sein. Es ist schwer, diese Faktoren exact zu erfassen. In manchen Fällen konnten absolute Zeichen und Symptome über vier Generationen verfolgt werden, und zwar mit Dermatosen bei mehr als einem Mitglied derselben Generation. So berichtet POLLITZER über vier Generationen von einer Alopecia areata.

Es ist klar, dass neben dem vorliegenden konstitutionellen Hintergrund beschleunigende Faktoren zur Auslösung einer Dermatoze eine bedeutende Rolle spielen, z.B.: Überarbeitung, Heirat, Schwangerschaft, Spannung im Berufsleben, Krankheit in der Familie, Berufstätigkeit bei gleichzeitiger Haushaltführung etc. Frauen sind seit ihrem Eintreten in das Berufsleben häufiger denn je Opfer psychogener Dermatosen. Die Anwesenheit beider Geschlechter in der Arbeitsstätte kann zu extraehelichen Verhältnissen führen, die das ruhige Leben zerstören.

Wie erwähnt, besagt die Zugehörigkeit zu dieser Patientengruppe nichts über den Wert der Konstitution. So gibt BECKER zwar zu, dass diese Patienten eine neurocirculatorische Unstabilität besitzen und dazu neigen Primadonnas zu sein. Aber viele von ihnen haben verantwortliche Positionen inne und führen ihre Arbeit sehr gut aus; sie sind besonders wertvoll im Vergleich zu stumpferen Persönlichkeiten, welche niemals von einer Dermatoze befallen waren. Die Patienten sind mit einem nervösen System geboren, welches anders als das ihrer Nachbarn ist. Sie sind äusserst ehrgeizig, überempfindlich und reagieren stärker auf alle Reize. Der cerebrale Teil des Nervensystems scheint hyperaktiv und überempfindlich zu sein, wollen sie sich auf etwas konzentrieren, müssen sie sich gegen einen Gedankenfluss behaupten. Empfindungen registrieren sie schnell und stark und werden leicht ein Opfer ihrer Eindrücke. Ihre Hyper sensitivität scheint teilweise für ihre Unruhe verantwortlich zu sein und diese wiederum für ihren Ehrgeiz. Dies alles bedeutet wiederum erhöhte Anforderung an die rein physischen Kräfte. Dies führt zu Unzulänglichkeit, welche ihrerseits die nervöse Irritabilität zu erhöhen scheint, so dass noch ein grösseres Verlangen nach Energie hervorgerufen wird. Dieser Circulus viciosus muss unterbrochen werden.

Therapeutische Verfahren sind hauptsächlich auf den Patienten im allgemeinen, statt auf die Haut zu richten, obwohl meist eine Kombinationsbehandlung indiziert ist. Oft können beschleunigende Faktoren beseitigt werden. Durch Rücksprachen mit Angehörigen ist es manchmal möglich, Schwierigkeiten zu überwinden. Kurze Wege von und zur Arbeitsstätte, reichlich lange Mittagspausen, eine Kultivierung fauler Gewohnheiten, mindestens ein vierwöchentlicher Urlaub einmal jährlich, das Überreden zu einer neuen Lebensphilosophie sind die besten therapeutischen Mittel. Allein schon die Zusicherung einer Besserung durch Verringerung der nervösen Irritabilität, durch Einschränkung der negativen und positiven Empfindungskraft, wirkt oft Wunder. Gelingt es, die Einstellung des Patienten umzustimmen, verschwinden häufig die Symptome.

Bei der Behandlung von Kindern ist zu beachten, dass diese äusserst empfindlich sind, also nicht denselben Disziplinanforderungen wie andere Kinder unterworfen werden können. Man kann sie führen, aber niemals treiben. Man soll ihnen anstrengende Spiele verbieten; Belastungen wie Musikunterricht etc. sollten in den meisten Fällen vermieden werden. Ein gutes Hilfsmittel ist das künstliche Sonnenlicht. Nachlassen der nervösen Spannungen,

Besserung der Einschlaf tendenz und schliesslich Besserung der Dermatosen wurden beobachtet. Gleichzeitig verabreichter Lebertran ist ein weiteres, mit gutem Erfolg erprobtes Mittel.

Eine spezifische Therapie der erfassten Dermatosen ist praktisch nicht bekannt. Die lokale Therapie, die nach BECKER und anderen sehr milde sein soll, verhütet ohne Korrektur der fundamentalen Zustände meist keine Rezidive. Röntgenbestrahlung ist nach Möglichkeit zu vermeiden, schon um die lokalen Symptome als einen Index der "Mitwirkung" des Patienten zu belassen.

Die Prognose ist quad vitam ausgezeichnet. Viele der Patienten entstammen alten Familien, leben lange und bleiben lange aktiv. Sie scheinen anderen Krankheiten gegenüber weniger anfällig, besonders Infektionskrankheiten; im Vergleich zu ihren Geschwistern gelten sie meist als widerstandsfähiger. Vom Gesichtspunkt bezüglich der Dermato se selbst ist die Prognose um so günstiger, je kürzer die Anamnese lautet. Läuft der Prozess bereits fortgesetzt behandelt seit Kindheit, scheint der Zustand irreversibel zu sein, ähnlich den chronisch rezidivierenden Entzündungen anderer Organe. Prognostisch am günstigsten liegen die Fälle, bei denen die Symptome erstmals im Erwachsenenalter aufgetreten sind und die sogleich mit einer kombinierten, also psychotherapeutischen und lokalen Behandlung erfasst werden.

Herrn Professor Dr. Alfred MARCHIONINI danke ich dafür, dass ich an seiner Klinik meine Dissertation erhielt.

Herrn Privatdozent Dr. Dr. Siegfried BORELLI sage ich für die Überlassung des Themas meinen aufrichtigen Dank. Durch seine wertvollen Anregungen beim Literaturstudium, seine rasche Erledigung meiner Arbeit sowie seine persönliche Art fühle ich mich ihm als meinem Doktorvater besonders verpflichtet.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARCHILON, J. und ENGELS, G.L.:
Dermatitis. An hysterical conversion symptom in a young woman. Psychosomatic conference. Psychosom. Med. 14, 295 (1952)
2. BECKER, S.W.:
Dermatoses associated with neurocirculatory instability. Arch. Dermat. & Syph. 25, 655 (1932)
3. BORELLI, S.:
Ref. n. OBERMAYER, M.E.: Psychocutaneous medicine (C.C. Thomas) Illinois USA 1955, S. 278
4. CORMIA, F.E.:
Psychosomatic factors in dermatoses. Arch. Dermat. & Syph. 55, 601 (1947)
5. DEUTSCH, F.:
Some psychodynamic considerations for psychosomatic skin disorders. Plethysmographic and psychoanalytic observations. Psychosom. Med. 14, 287 (1952)
6. DOYLE, T.L.:
Psychiatric aspects of neurodermitis. Bull. New York Acad. Med. 29, 570 (1953)
7. ENGLISH, O.S.:
Role of emotions in disorders of the skin. Arch. Dermat. & Syph. 60, 1062 (1949)
8. GILLESPIE, R.D.:
Artefacta dermatitis. Guy's Hosp. Rep. 18, 172 (1938)
9. GREENHILL und FINESINGER:
Neurotic symptoms and functional factors in atopic dermatitis. Arch. Dermat. & Syph. 46, 187 (1942)
10. HALL- SMITH, S.P. und NORTON, A.:
Psychiatric survey of a random sample of skin out patients. Brit. M.J. 2, 417 (1952)
11. HARRIS, H.J.:
Fungus infection of feet. A case report illustrating a psychosomatic problem. Psychosom. Med. 6, 336 (1944)

12. HILL, L. W. und SULZBERGER, M. B.:
Evolution of atopic dermatitis. Arch. Dermat.
§ Syph. 32, 451 (1935)
13. HOPKINS, J. G., KESTEN, B. M. und HAZEL, O. G.:
Urticaria provoked by heat or psychic stimuli.
Arch. Dermat. & Syph. 38, 679 (1938)
14. JAFFREY, W. R.: Dermatologic Neuroses. J. C. M. a. (1937)
15. KELMAN, H. und FIELD, H.:
Psychosomatic relationships in pruriginous
lesions. J. Nerv. & Ment. Dis. 88, 627 (1938)
16. KEPECS, J. G., RABIN, A. und ROBIN, M.:
Atopic dermatitis. A clinical psychiatric
study. Psychosom. Med. 13, 1 (1951)
17. KIERLAND, R. R. und WALSH, M. M.:
Correlations of the dermatologic and psychia-
tric approaches to the treatment of neuroder-
matitis. M. Clin. North America 34, 1009
(1950)
18. KLABER, R.:
Psychological factors in the aetiology of
certain skin diseases. Brit. J. Dermat. 59, 1
(1947)
19. KLAUDER, J. V.:
Psychogenic aspects of skin disease. J. Nerv.
& Ment. Dis. 84, 249 (1936)
20. KOLTES, J. A.:
Alopecia areata in husband and wife. A
psychiatric case study. USA Armed. Forces
med. J. 3, 947 (1952)
21. LEWIS, G. M. und CORMIA, F. E.:
Office management of the neurodermatoses.
New York State J. Med. 47, 1889 (1947)
22. LYNCH, F. W.:
Pruritus vulvae as seen in dermatological
practice. J. A. M. A. 150, 14 (1952)
23. MACALPINE, I.:
Pruritus ani: a psychiatric study. Psychosom.
Med. 15, 499 (1953)
24. MAC CORMAC, H., SANDIFER, P. und JELLIFFE, A. M.:
The itchy patient. Brit. M. J. 114, 48 (1946)
25. MAC KENNA, R. M. B.: Psychosomatic factors in cutaneous disease.
Lancet 2, 679 (1944)

26. MASON, A. A.: A case of congenital ichthyosiform erythrodermia of Brocq treated by hypnosis, *Brit. M. J.* 2, 422 (1952)
27. MENNINGER, K.: Observations of a psychiatrist in a dermatology clinic. *Bull. Menninger clin.* 1, 141 (1947)
28. MICHELSON, H. E.: Psychosomatic studies in dermatology. The motivation of self induced eruptions. *Arch. Derm. & Syph.* 51, 245 (1945)
29. MITCHEL, J. H., CURRAN, C. A., MEYERS, R. M.: Some psychosomatic aspects of allergic diseases. *Psychosom. med.* 8, 184 (1947)
30. O'DONOVAN, W. J.: Ref. n. OBERMAYER, M. E.: *Psychocutaneous Medicine*, 1. Auflage (C. C. Thomas) Illinois USA (1955) S. 271
31. OBERMAYER, M. E.: *Psychocutaneous Medicine*, 1. Auflage (C. C. Thomas) Springfield. Illinois, USA (1955)
 - a) Abnormal blushing 103-104
 - b) Alopecia areata 294
 - c) Delusion of parasitosis 149-156
 - d) Factitial dermatitis 136
 - e) Hyperhidrosis 105-107
 - f) Lichen ruber planus 287
 - g) Mucocutaneous changes from compulsive movements 126-131
 - h) Neurodermatitis 209
 - i) Neurotic excoriations 123-125
 - k) Onychotillomania 147
 - l) Phobias 112-118
 - m) Pruritus 175-188
 - n) Rosacea 280-287
 - o) Stigmatisation 171-172
 - p) Urticaria 267-278
 - q) --- Funktional factors in common dermatoses. *J. A. M. A.* 122, 862 (1943)
32. PEARSON, G. H. J.: Some psychologic aspects of inflammatory skin lesions. *Psychosom. med.* 2, 22 (1940)

33. ROSENTHAL, M.J.: Psychosomatic study of infantile eczema. *Pediatrics* 10, 581 (1952)
34. SAUL, L.J. und BERNSTEIN, C.:
The emotional setting of some attacks of urticaria. *Psychosom. Med.* 3, 249 (1941)
35. SPITZ, R.:
Panel Discussion of psychosomatic problems *Bull. Am. psychoanalyt. A.* 7, 244 (1951)
36. STOKES, J.H. und KULCHAR, G.V., PILLSBURY, D.M.:
Effect on the skin of emotional and nervous states. Etiologic background of urticaria with special reference to psychoneurogenous problems. *Arch. Dermat. & Syph.* 31, 470 (1935)
37. SULZBERGER, M.B., SPAIN, W.C., SAMMIS, F. und SHAHON, H.I.:
Studies in hypersensitiveness in certain dermatoses. *Neurodermitis. J. Allergy* 3, 423 (1932)
a) --- und ZEIDENS, S.H.:
Psychogenic factors in dermatologic disorders. 32, 669 (1948)
b) --- und BEAR, R.L.:
Ref. n. OBERMAYER, M.E.: psychocutaneous Medicine. (C.C. Thomas) 61955) S. 95
38. SWEET, R.D.:
On the treatment of anogenital pruritus. *Lancet* 2, 258 (1952)
39. WILLIAMS, D.H.:
Management of atopic dermatitis in children. Control of the maternal rejection factor. *A. M. A. Arch. Dermat. & Syph.* 63, 545 (1951)
40. WITTKOWER, E.:
Psychologic aspects of skin disease. *Bull. Menning Clin.* 11, 148 (1957)
a) ---
ref. n. OBERMAYER, M.E.: Psychocutaneous Medicine (C.C. Thomas) Illinois USA (1955) S. 288
b) --- und RUSSELL:
ref. n. OBERMAYER: s. o. 281-283 und 300
- 41) WRIGHT, C.S.:
Therapie in psychosomatic dermatoses *Arch. Dermat. & Syph.* 60, 303 (1949)
42. ZEIDENS, S.H.:
Self inflicted dermatosis and their psychodynamics. *J. Nerv. & Ment Dis.* 113, 395 (1951)

43. ZISKIND, D. E. und MOULTON, R.:

Glossodynia. A study of idiopathic oral-
lingual pain. J. Am. Dent. A. 33, 1422 (1946)

LEBENS LAUF

Als Sohn des Herrn dipl. Kaufmanns Isidor Gelbart und Regina geborene Klarreich bin ich am 7. Februar 1930 in Buczacz (Polen) geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Buczacz und musste diese infolge Kriegseinwirkungen im Jahre 1940 unterbrechen. Nach dem Kriege bestand ich die Aufnahmeprüfung im Bundesrealgymnasium in Wien und beendete im Jahre 1948 die sechste Klasse mit gutem Erfolg. Im Jahre 1948 wanderte ich nach den USA aus, kam in New York in die High-School. Im Jahre 1949 absolvierte ich die Morris-High-School mit Erfolg und Diplom. Ich kam anschliessend in die Rutgers University in New-Jersey, wonach ich nach einem Jahr in die New Yorker Universität aufgenommen wurde. Nach vierjährigem Studium erlangte ich im Jahre 1954 das Diplom "Bachelor of Arts and Science". Im Herbst des Jahres 1954 wurde ich in München in der medizinischen Fakultät aufgenommen. Im April 1956 bestand ich erfolgreich die vorärztlichen Prüfungen. Im Sommer 1959 beendete ich mein Studium mit dem Staatsexamen.

